RESEARCH

Sebastian Scherr

Depression – Medien – Suizid

Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität

Springer VS

Depression – Medien – Suizid

Sebastian Scherr

Depression – Medien – Suizid

Zur empirischen Relevanz von Depressionen und Medien für die Suizidalität

Springer VS

Sebastian Scherr
München, Deutschland

Zugl. Dissertation, Ludwig-Maximilians-Universität München, 2015

OnlinePLUS Material zu diesem Buch finden Sie auf
http://www.springer-vs.de/978-3-658-11161-8

ISBN 978-3-658-11161-8 ISBN 978-3-658-11162-5 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-658-11162-5

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer VS
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Fachmedien Wiesbaden ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
(www.springer.com)

Inhalt

1 Zum Forschungsfeld „Medien und Suizide“ 13
1.1 Der Forschungsstand zum Werther-Effekt 16
1.1.1 Befunde zu verschiedenen Medien 18
1.1.2 Befunde zur Dauer und Stärke der Wirkung 20
1.1.3 Befunde zur Ähnlichkeit zwischen medialen Modellen und Nachahmern 22
1.1.4 Darstellung von Suizidalität in den Medien 24
1.1.5 Interventionsmöglichkeiten bei fiktionalen, non-fiktionalen und „neuen“ Medieninhalten 27
1.1.6 Chancen und Gefahren von Suiziddarstellungen im Internet 32
1.2 Defizite bei der Erforschung des Werther-Effekts 36
1.2.1 Begriffsverständnis von Suizidalität 36
1.2.2 Ausblenden von Rezipienteneigenschaften 38
1.2.3 Defizitärer Umgang mit Forschungsbefunden 39
1.2.4 Verengter Blick auf Medieninhalte 40
1.2.5 Vernachlässigung von Rezeptionsphänomenen 41
2 Begriffsdefinitionen und Modellvorstellungen von Suizidalität und Depression 43
2.1 Suizide und Suizidalität 43
2.1.1 Definition von Suizid, suizidalen Verhaltensweisen und Suizidalität 45
2.1.2 Modellvorstellungen von Suizidalität 49
2.2 Depression 63
2.2.1 Definition von Depression 65
2.2.2 Diagnostik der Krankheit Depression 68
2.2.3 Verbreitung und gesellschaftliche Relevanz von Depression 70
2.2.4 Modellvorstellungen von Depression 73
2.2.5 Begriffliche Differenzierung: Emotion – Stimmung – Affekt – Depression 83
2.2.6 Die Brücke zwischen Emotionen und Kognitionen 86
2.2.7 Emotionsregulation und Depression 89
2.3 Verbindungslinien zwischen Suizidalität und Depression 92

3 Prädispositionen und Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide 99
3.1 Zugrunde liegendes Medienwirkungsverständnis 101
3.2 Prädispositionen für Nachahmungssuizide 105
3.3 Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide 107
3.3.1 Suizidale Infektion bzw. Ansteckung („contagion“) 108
3.3.2 Imitation und Suggestion 109
3.3.3 Priming 111
3.3.4 Komplizierte Trauerreaktion 111
3.3.5 Sozialkognitive Theorie 112
3.3.6 Theoretische Integration durch die Theory of Planned Behavior 117
3.4 Einschätzung der verschiedenen Erklärungsansätze zur Wirkung von Suiziddarstellungen in den Medien 119
4 Mediennutzung, Medienrezeption und Wahrnehmung von Medieninhalten im Kontext von Depressionen 121
4.1 Mediennutzung und Depression 121
4.1.1 Theoretische Erklärungen zum Zusammenhang von Depressionen und Mediennutzung 122
4.1.2 Zentrale Befunde zum Zusammenhang von Depressionen und Mediennutzung 125
4.1.3 Motive zur Mediennutzung im Kontext von Depressionen 129
4.2 Rezeption und Wahrnehmung von Medieninhalten im Kontext von Depressionen 132
5 Einflussgrößen und Erklärungsansätze zu Depression, Medien und Suizidalität 137
5.1 Soziale, psychosoziale und mediale Einflüsse auf Depressionen und Suizidalität 137
5.2 Gesamtmodell zum Zusammenwirken von Depression, Medien und Suizidalität 143
6 Forschungsfragen 147
7 Methoden 155
7.1 Bevölkerungsrepräsentative Telefonbefragung 157
7.1.1 Entwicklung und Struktur des Fragebogens 157
7.1.2 Begründung der Methodenwahl 166
7.1.3 Pretests 168
7.1.4 Durchführung der Telefonbefragung 169
7.1.5 Stichprobe und Gewichtung 171
7.2 Zweiwellige Online-Panelbefragung 176
7.2.1 Aufbau und Bestandteile des Fragebogens 176
7.2.2 Durchführung der Online-Panelbefragung 178

7.2.3 Stichprobe ... 180
7.2.4 Vergleich der Zusammenhänge zwischen zentralen Untersuchungsgrößen (on- und offline) ... 181
8 Ergebnisse der empirischen Studien ... 187
8.1 Deskriptive Befunde ... 188
8.1.1 Depression in Deutschland ... 188
8.1.2 Suizidalität in Deutschland ... 193
8.2 Themenkomplex 1: Medienbezogenes Diathese-Stress-Modell ... 197
8.2.1 Mediennutzung im Kontext von Depression (F1.1) ... 198
8.2.2 Medienrezeption im Kontext von Depression (F1.2) ... 209
8.2.3 Medienwahrnehmung im Kontext von Depression (F1.3) ... 216
8.3 Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf nicht-letale Formen von Suizidalität ... 223
8.4 Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen ... 232
9 Diskussion ... 243
9.1 Diskussion der Befunde zu den drei Themenkomplexen ... 244
9.1.1 Diskussion der Befunde zu Themenkomplex 1 ... 244
9.1.2 Diskussion der Befunde zu Themenkomplex 2 ... 248
9.1.3 Diskussion der Befunde zu Themenkomplex 3 ... 250
9.2 Einschränkungen der Befunde ... 253
9.3 Fazit und Ausblick ... 257
Anhang ... 263
Literatur ... 265

Zusatzmaterialien sind unter www.springer.com auf der Produktseite dieses Buches verfügbar.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Befundlage zum Werther-Effekt infolge fiktionaler und non-fiktionaler Suiziddarstellungen in den Medien 18
Abbildung 2. Begriffliche Differenzierung zwischen Suizidalität, suizidalen Verhaltensweisen und Suizid 48
Abbildung 3. Ätiologisches Suizidalitätsmodell 50
Abbildung 4. Integratives motivational-volitionales Model von Suizidalität (IMV) 54
Abbildung 5. Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodell von Suizidalität 62
Abbildung 6. Überblick zur Klassifizierung affektiver Störungen 66
Abbildung 7. Vulnerabilitäts-Stress Modell der Depression 75
Abbildung 8. Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression und negative kognitive Schemata 78
Abbildung 9. Informationsverarbeitung im Rahmen des kognitiven Depressionsmodells 79
Abbildung 10. Zusammenhänge zwischen Depressionen, affektiven Zuständen, Stimmungen und Emotionen 85
Abbildung 11. Appraisaltheoretisches Prozessmodell der Emotion und Depression 88
Abbildung 12. Emotionsregulation im Kontext von Depressionen 91
Abbildung 13. Modell unterschiedlicher Empfänglichkeit für Medienwirkungen 104
Abbildung 14. Kernprozesse des Beobachtungslernens 114
Abbildung 15. Gesamtmodell zur Wirkung von Suiziddarstellungen in den Medien 144
Abbildung 16. Themenkomplex 1: Einflüsse suizidrelevanter Prädispositionen auf Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung 149
Abbildung 17. Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf letale und nicht-letale Formen von Suizidalität 150
Abbildung 18. Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen 152
Abbildung 19. Methodisches Vorgehen im Rahmen der Untersuchung 156
Abbildung 20. Hinweis bei erhöhter Suizidalität im Online-Fragebogen 180
Abbildung 21. Verortung der deskriptiven Befunde im Gesamtmodell 188

Abbildung 22. Zusammenhänge zwischen prädisponierenden und soziodemografischen Merkmalen und Depression. Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013) 192
Abbildung 23. Zusammenhänge zwischen prädisponierenden und soziodemografischen Merkmalen und Suizidalität repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013).....196
Abbildung 24. Verortung der deskriptiven Befunde im Gesamtmodell 197
Abbildung 25. Geschlechterspezifische Zusammenhänge zwischen Mediennutzungsdauer und Depression 201
Abbildung 26. Moderation des Effekts von Third-Person-Wahrnehmungen (t_0) auf suizidbezogene Einstellungen (t_0).....220
Abbildung 27. Moderation des Effekts von Third-Person-Wahrnehmungen (t_0) auf suizidbezogene Einstellungen (t_1) (Längsschnittanalyse).....221
Abbildung 28. Modifikation des Gesamtmodells am Ende von Themenkomplex 1 222
Abbildung 29. Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf nicht-letale Formen von Suizidalität.....223
Abbildung 30. Gesamtmodell zu Themenkomplex 2 (Querschnitt) 226
Abbildung 31. Gesamtmodell zu Themenkomplex 2 (Längsschnitt) 229
Abbildung 32. Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen 233
Abbildung 33. Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen (Querschnitt) 239
Abbildung 34. Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen (Längsschnitt) 242

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht über Kernbefunde zum Werther-Effekt 31
Tabelle 2. Übersicht über zentrale Theorien zur Erklärung von Suizidalität 52
Tabelle 3. Wichtige Symptome einer depressiven Episode und deren Zugehörigkeit zu verschiedenen Symptomclustern 69
Tabelle 4. Schätzungen der Prävalenz depressiver Erkrankungen für u.a. Deutschland in Befragungsstudien 72
Tabelle 5. Mechanismen zur Erklärung der Verbindungslinien zwischen Depressionen und Suizidalität 95
Tabelle 6. Prädispositionen für Nachahmungssuizide und für Suizide bei Depression 106
Tabelle 7. Übersicht über die Item- und Unit-Nonresponse auf sensible Fragen im Rahmen der Telefonbefragung 171
Tabelle 8. Sozialstrukturelle Merkmale in der deutschen Bevölkerung, der ungewichteten und gewichteten Untersuchungsstichprobe (Alter 5-stufig) 174
Tabelle 9. Kennwerte der Anpassungsgewichte in der Untersuchung 175
Tabelle 10. Rücklaufstatistik der Online-Panelbefragung 181
Tabelle 11. Vergleich zentraler Untersuchungsgrößen nach verschiedenen Erhebungsmodi 184
Tabelle 12. Vergleich zentraler Untersuchungsgrößen nach verschiedenen Erhebungsmodi für eine onlineaffine Altersgruppe (20-39 Jahre) 186
Tabelle 13. Punktprävalenz von Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Wohnregion (Ost, West). Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013) 190
Tabelle 14. Lebenszeitprävalenz von Suizidalität nach Alter und Wohnregion (Ost, West). Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013) 194
Tabelle 15. Auswirkungen des Schweregrades einer Depression auf die Mediennutzungsdauer 200
Tabelle 16. Einfluss von Depression auf die Nutzungsdauer verschiedener Medien 203
Tabelle 17. Einfluss von Depression auf die Nutzungsdauer spezieller Internetanwendungen 204
Tabelle 18. Einfluss von Depression auf die Nutzung verschiedener Genres 206
Tabelle 19. Einfluss von Depression auf Mediennutzungsmotive 208
Tabelle 20. Einfluss von Depression auf parasoziale Beziehungen 210
Tabelle 21. Einfluss von Depression auf medienspezifisches Mood Management 212

Tabelle 22. Erinnerung an reale oder fiktionale Suizidfälle in den Medien 213
Tabelle 23. Einfluss von Depression auf die Erinnerung an Suizidfälle in den Medien 215
Tabelle 24. Einfluss von Depression auf First- und Third-Person-Wahrnehmungen von Suiziddarstellungen in den Medien 218

1 Zum Forschungsfeld „Medien und Suizide“

Medien sind ein Risikofaktor für suizidgefährdete Personen. Die Erforschung der Verbindungslinien zwischen Medien und Suiziden ist dementsprechend ein fächerübergreifendes Forschungsfeld von hoher gesellschaftlicher Relevanz, das gerade nach dem Suizid von Robert Enke im November 2009 eine Renaissance erlebte (Hegerl, Koburger et al., 2013; Ladwig, Kunrath, Lukaschek & Baumert, 2012; Ruddigkeit, 2010; Schäfer & Quiring, 2013a, 2013b). Der WHO zufolge sterben jährlich beinahe eine Million Menschen durch Suizid (Hawton & van Heeringen, 2009, S. 1372). In den jüngeren Bevölkerungsgruppen sind Suizide nach Unfällen weltweit die zweithäufigste Todesursache (Hawton, Saunders & O'Connor, 2012). Im Jahr 2012 starben in Deutschland insgesamt 9.890 Menschen durch Suizid (Statistisches Bundesamt, 2013), damit sind im Jahr 2012 die Zahlen seit 2007 erstmals wieder zurückgegangen (Hegerl, Mergl et al., 2013). Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Suizidversuche bei Männern um das 6-Fache und bei Frauen sogar um das 18-Fache höher liegen dürften, so dass jährlich wohl mehr als 100.000 Suizidversuche in Deutschland unternommen werden (Fiedler, 2007). Aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive ist der sogenannte „Werther-Effekt“[1] (Phillips, 1974; Scherr, 2013) von besonderer Relevanz, wonach Medienberichte zusätzliche Suizide auslösen können, die ohne diese Berichterstattung nicht stattgefunden hätten (Phillips, 1989, S. 307–308; Phillips & Lesyna, 1995; Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 533; Schmidtke, Löhr & De Leo, 2004, S. 216). Umgekehrt kann eine angemessene Suizidberichterstattung Suizide auch verhindern, weshalb weltweit den Medien eine wichtige Rolle im Zusammenhang mit Suiziden zugesprochen wird (Blood, Pirkis & Holland, 2007; Bohanna & Wang, 2012; Chandra, Doraiswamy, Padmanabh & Philip, 2013; Fu, Chan & Yip, 2011; Gunn & Lester, 2012; Hawton & Williams, 2002; Machlin et al., 2012; Machlin, Pirkis & Spittal, 2013; Marshburn, 2012; Niederkrotenthaler & Sonneck, 2007; Pirkis, Blood, Beautrais, Burgess & Skehan, 2006).

Der Werther-Effekt wurde vor allem infolge von Medienberichten über einen prominenten Suizidfall beobachtet (Kim et al., 2013; Niederkrotenthaler, Fu et al.,

[1] Der Begriff gilt historisch als umstritten (Jack, 2014, S. 6; Steinberg, 1999; Thorson & Öberg, 2003; Ziegler & Hegerl, 2002, S. 41–42), ist jedoch zweifelsohne als eingängig zu bezeichnen (Niederkrotenthaler, Herberth & Sonneck, 2007, S. 286) und wird daher bis heute für die Auswirkungen aller Arten von suizidbezogenen Medieninhalten verwendet.

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_1,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

2012; Yip et al., 2006). Der Effekt hängt von der Reichweite des untersuchten Mediums ab (Etzersdorfer, Voracek & Sonneck, 2004; Yip, Kwok, Chen, Xu & Chen, 2013) sowie vom Umfang der Berichterstattung zum Suizidfall (Fu, Chan & Botbol, 2013; Stack, 1987). Die Suizidnachahmung als Medienwirkung wurde auch für fiktionale Suiziddarstellungen nachgewiesen (Gould & Shaffer, 1986; Phillips & Carstensen, 1986; Schmidtke & Häfner, 1986). Ebenso prägte die methodische Vorgehensweise der Pionierarbeit von Phillips (1974) die Forschungsbemühungen dazu nachhaltig: Die meisten Studien untersuchen die Auswirkungen von Zeitungsberichten über Suizidfälle (Pirkis & Blood, 2010b, S. 3), speziell von Prominentensuiziden, auf die (örtlich und zeitlich begrenzte) Suizidstatistik. Früh wurde die Vorgehensweise in der Tradition von Phillips (1974) als Forschungsparadigma mit Grenzen kritisiert (Baron & Reiss, 1985a, S. 372). Die den Nachahmungssuiziden zugrunde liegende Idee der sozialen Imitation sowie die „Möglichkeit der Vermittlung von Suizidhandlungen durch Medienberichte“ (Etzersdorfer, 2008, S. 207) wurde also bereits längst außerhalb (Baron & Reiss, 1985a, 1985b; Phillips & Bollen, 1985) und auch aktuell in der Kommunikationswissenschaft diskutiert (Reinemann & Scherr, 2011; Roloff, 2010; Ruddigkeit, 2010, 2011). Damals wie heute wird von einem Zusammenhang zwischen der Suizidberichterstattung oder fiktiven Suiziden und einem Anstieg darauf folgender Suizide in der Gesellschaft ausgegangen (Brosius & Ziegler, 2001, S. 14; Pirkis & Machlin, 2013, S. 168; Scherr, 2013, S. 100). Nicht neu ist der Gedanke, dass eine deutlich reduzierte Suizidberichterstattung (z. B. in Zeiten von Pressestreiks; vgl. Blumenthal & Bergner, 1973; Motto, 1967, 1970) oder angemessene Medienberichterstattung (Etzersdorfer, 2008; Niederkrotenthaler et al., 2010; Niederkrotenthaler & Sonneck, 2007; Ruddigkeit, 2010) einen Rückgang der Suizidraten zur Folge hat. Die suizidpräventive Wirkung von Massenmedien bekam einen eigenen Namen – die Medienwirkung wird als „Papageno-Effekt“ bezeichnet (Niederkrotenthaler et al., 2010).

Diese theoretische Erweiterung brachte einerseits neuen Schwung in die Erforschung medial induzierter Nachahmungssuizide, andererseits drängt sich zunehmend die Frage auf, wodurch genau die Richtung des Effekts beeinflusst wird (Scherr & Steinleitner, 2015). Weshalb sollten sich (gesunde) Menschen aufgrund von realen oder fiktiven Mediendarstellungen von Suiziden das Leben nehmen? Zur Beantwortung dieser Frage müssen auch psychische Erkrankungen wie Depressionen berücksichtigt werden, die weltweit nicht nur sehr häufig vorkommen, sondern auch massiv die menschliche Wahrnehmung beeinflussen und damit potenziell mit anderen Medienwirkungen interagieren können. Depressionen sind von zahlreichen internen und externen Faktoren abhängig, zu denen nicht nur zählt, wie man lebt, sondern auch, was man erlebt. Depressionen sind daher prinzipiell durch Medien beeinflussbar und können damit bislang unberücksichtigte Erklärungen für Medienwirkungen im Zusammenhang mit Suiziden liefern (vgl. Scherr & Reinemann, 2011). Und obwohl zahllosen Suizidfällen eine Depressionserkrankung vorausgeht,

wurden Depressionen im Zusammenhang mit Medienwirkungen auf die individuelle Suizidalität bisher kaum berücksichtigt.

Wenn auf einem Forschungsfeld ein so großer Bereich wie depressive Erkrankungen bei der Untersuchung von Nachahmungssuiziden ausgeblendet bleibt, lohnt es sich, an dieser Stelle tiefer zu bohren und weitere Defizite auszumachen. Dementsprechend fassen Reinemann und Scherr (2011) die fünf größten Defizite bei der Erforschung von Nachahmungssuiziden unter dem Schlagwort „Werther-Defekt" zusammen. Diese fünf zentralen Schwachstellen der existierenden Forschung zum Werther-Effekt sind gleichzeitig der Ausgangspunkt für die vorliegende empirische Arbeit. Sie setzt sich das Ziel, sowohl die theoretisch-konzeptionellen als auch die empirischen Schwachstellen im Rahmen einer breit angelegten empirischen Untersuchung anzugehen und damit Bausteine für die weitere Aufarbeitung des Forschungsfeldes Medien und Suizide zu liefern. Dies soll den bisherigen Horizont kommunikationswissenschaftlicher Forschung erweitern. Dafür wurden von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, was es ermöglichte, eine belastbare, repräsentative Stichprobe der bundesdeutschen, erwachsenen Bevölkerung zu ziehen und zu dem Themenbereich Medien und Suiziden telefonisch (CATI) zu befragen. Gleichzeitig zu der telefonischen Querschnittsbefragung wurde eine nicht-repräsentative Stichprobe von Personen aus einem Online-Access-Panel im Rahmen einer zweiwelligen Panelbefragung zu den gleichen Themenkomplexen online befragt. Dadurch konnten zusätzliche Hinweise auf die Richtung identifizierter Zusammenhänge erhalten werden. Die beiden Datenerhebungen bilden die empirische Grundlage der vorliegenden Arbeit.

Zuerst werden die Befunde zum Werther-Effekt zusammengetragen, die mehrfach empirisch bestätigt werden konnten, einschließlich der Impulse, die in der bisherigen Forschung sonst nur knappe oder gar keine Erwähnung finden (vgl. Kapitel 1.1). Anschließend werden die angesprochenen fünf theoretischen, konzeptionellen und methodischen Defizite bei der bisherigen Erforschung des Werther-Effekts aufgezeigt (vgl. Kapitel 1.2; Reinemann & Scherr, 2011). Die folgenden Kapitel 2 bis 5 greifen die Defizite dann der Reihe nach auf. Zunächst werden in Kapitel 2 die identifizierten, theoretisch-konzeptionellen Defizite betrachtet. Der erste Teil des Kapitels widmet sich der Suizidalität und zeigt für diese eine aktuelle Definition und Modellvorstellung auf (Kapitel 2.1). Der zweite Teil des Kapitels wendet sich der Krankheit Depression zu. Um die Krankheit konzeptionell stärker zu würdigen, als dies in der bisherigen „Werther-Forschung" der Fall ist, wird in Kapitel 2.2 sowohl eine tragfähige Definition (Kapitel 2.2.1) als auch eine aktuelle Modellvorstellung von Depression präsentiert (Kapitel 2.2.4). Ferner wird die gesellschaftliche Relevanz der Krankheit Depression durch deren Diagnostik (Kapitel 2.2.2) und Verbreitung in der Bevölkerung (Kapitel 2.2.3) gewürdigt. In den Kapiteln 2.2.5 bis 2.2.7 wird eine Depression von negativen Emotionen oder schlechten Stimmungen abgegrenzt und ihre konzeptionelle Anschlussfähigkeit an die Emoti-

onsregulations- und Kognitionsforschung herausgearbeitet. Kapitel 3 widmet sich der defizitären Aufarbeitung der theoretischen Erklärungen für Nachahmungssuizide, indem zuerst ein grundlegendes Medienwirkungsverständnis beschrieben wird (Kapitel 3.1), bevor anschließend bekannte Risikofaktoren für Nachahmungssuizide zusammengetragen (Kapitel 3.2) und die in der bisherigen Forschung am prominentesten wahrgenommenen Erklärungsansätze für Nachahmungssuizide besprochen werden (Kapitel 3.3). Kapitel 4 versammelt die Befunde zur Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung im Kontext von Depressionen, um diese wichtige Prädisposition für Suizidalität und deren Relevanz im Medienkontext herauszuarbeiten. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienen anschließend in Kapitel 5 dazu, ein eigenes theoretisches Gesamtmodell für den empirischen Teil der vorliegenden Untersuchung zu entwerfen, das die theoretischen und konzeptionellen sowie zugleich die empirischen Defizite des Forschungsfeldes beheben kann (vgl. dazu Kapitel 1.2.4 und 1.2.5). Um die formulierten Forschungsfragen (Kapitel 6) zu beantworten, besprechen die folgenden Kapitel die methodische Vorgehensweise der empirischen Studien (Kapitel 7) und diskutieren die zentralen empirischen Befunde (Kapitel 8 und 9).

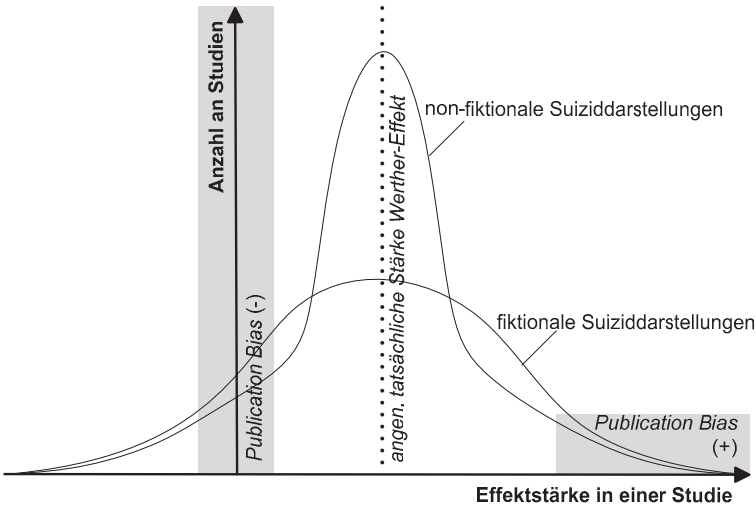
1.1 Der Forschungsstand zum Werther-Effekt

Den Ausgangspunkt für die Erforschung von Nachahmungssuiziden bildet die vielbeachtete Studie von Phillips (1974), der retrospektiv für den Zeitraum von 1947 bis 1968 die Auswirkung von Suizidberichten auf der Titelseite US-amerikanischer und britischer Tageszeitungen auf die absolute Anzahl von Suiziden im Erscheinungsmonat mit den zu erwartenden Suizidzahlen für diesen Monat (Mittelwert der Suizide des gleichen Monats im Vorjahr und im nachfolgenden Jahr) verglich und in der Mehrzahl der Monate einen deutlichen Anstieg der Suizide feststellen konnte. Phillips (1974, S. 350–351) differenzierte diese Befunde weiter hinsichtlich der Reichweite des Mediums (je größer die Reichweite, desto höher der Anstieg der Suizide) und der Einflussregion aus (US-Suizidberichte entfalteten in den USA eine stärkere Nachahmungswirkung als in Großbritannien). Seither wurden mehr als 100 wissenschaftliche Studien zum Zusammenhang zwischen Medienberichten über Suizide oder Suiziddarstellungen in den Medien und deren Auswirkungen auf tatsächliche suizidale Verhaltensweisen publiziert (Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 532). Spätere Arbeiten verfeinerten die Pionierstudie durch die Berücksichtigung mehrerer Medien und indem durch die Anwendung komplexerer statistischer Modelle der Einfluss von Medienberichten auf die Suizidstatistik untersucht wurde (Bollen & Phillips, 1982; Stack, 1990b; Wasserman, 1984). Zunehmend hat sich die Perspektive auf die abhängige Variable erweitert, indem nicht nur Medienwirkungen auf Suizide, sondern auch auf Suizidversuche untersucht wurden, für die sich eben-

falls Medienwirkungen feststellen ließen (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al., 2007; Hagihara, Abe, Omagari, Motoi & Nabeshima, 2014; Stack, Kral & Borowski, 2014; Williams, Lawton, Ellis, Walsh & Reed, 1987). Stack, Kral und Borowski (2014) untersuchten beispielsweise mithilfe der sogenannten „Beach-Methode" (Sargent, Worth, Beach, Gerrard & Heatherton, 2008, S. 138–139) den Einfluss fiktionaler Suiziddarstellungen in Filmen auf das individuelle Risiko für Suizidversuche und hielten fest, dass jeder zusätzliche freiwillige Kontakt mit einem Film, in dem ein Hauptdarsteller durch Suizid verstirbt, dieses Risiko um 47% erhöht. Systematische Literaturanalysen und Meta-Analysen gehen mittlerweile fest davon aus, dass infolge von Suizidberichten in den Nachrichten vermehrt Nachahmungssuizide stattfinden (Insel & Gould, 2008, S. 300–302; Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012; Pirkis & Blood, 2001a, 2010b; Schmidtke & Schaller, 2000, S. 689; Sisask & Värnik, 2012; Stack, 2000a, 2005; Tor, Ng & Ang, 2008). Zahlreiche Forschungsbefunde sprechen auch für einen Effekt von fiktionalen Suiziddarstellungen (Ellis, Walsh, Ellis & Walsh, 1986; Hawton et al., 1999; Platt, 1987; Schmidtke & Häfner, 1986), wenngleich die Befundlage dazu insgesamt ambivalenter ist (Pirkis & Blood, 2001b, 2010a, S. 3; Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 536; Stack, 2009). Stack (2003) stellte fest, dass Studien zur Nachahmungswirkung echter Suizidfälle viermal häufiger einen Nachahmungseffekt zeigen als Studien zu fiktionalen Suiziden und das, obwohl die Mehrzahl der Befunde (64.2%) zum Werther-Effekt infolge von non-fiktionalen Suizidberichte keinen Nachahmungseffekt belegen (Stack, 2005, S. 129). Das spricht dafür, dass eine Vielzahl wichtiger Einflussvariablen bislang noch nicht hinreichend berücksichtigt worden ist (Lee, Lee, Hwang & Stack, 2014, S. 457). Pirkis und Blood (2010a, S. 13) identifizierten insgesamt 27 Studien zum Einfluss von fiktionalen TV-Programmen oder Spielfilmen auf die Suizidalität der Zuschauer, von denen 21 (78%) für eine negative Medienwirkung sprechen. Dabei ist zu bedenken, dass die Grenzen zwischen realen Suizidfällen und fiktionalen Darstellungen auch verschwimmen können, so wie im Fall der Fernsehserie „The Befrienders" über die Arbeit der Samariter, die zu vermehrten Kontaktaufnahmen mit Einrichtungen von Samaritern, nicht aber zu Veränderungen der Suizide oder Suizidversuche führte (Holding, 1974). Untersuchungen zu (fiktionalen) Verfilmungen realer Suizidfälle liegen bisher nicht vor (Schmidtke & Schaller, 2000, S. 680). Die Befundlage zu fiktionalen und non-fiktionalen Suiziddarstellungen in den Medien lässt sich also hinsichtlich der in Studien beobachteten Effektstärken und der Konsistenz dieser Befunde schematisch wie in Abbildung 1 zusammenfassen. Zum besseren Verständnis der Darstellung nehmen wir an, dass es tatsächlich einen Werther-Effekt von bestimmter Effektstärke gibt. In der Literatur zu Nachahmungssuiziden finden sich nun besonders viele Studien zu Nachahmungseffekten infolge non-fiktionaler Suiziddarstellungen, die häufig ähnliche (tendenziell schwache) Effektstärken hervorbringen. Die Befundlage zu non-fiktionalen Suiziddarstellungen kann daher als konsistent beschrieben werden (= geringere Varianz der beobachteten Effektstär-

ken). Demgegenüber gibt es deutlich weniger Studien zu fiktionalen Suiziddarstellungen, in denen Nachahmungseffekte beobachtet werden konnten, die im Bereich der angenommenen tatsächlichen Wirkung liegen. Im Kontext fiktionaler Suiziddarstellungen finden sich dagegen mehr Studien, die Nachahmungseffekte von ganz unterschiedlicher Stärke beobachten (= größere Varianz der beobachteten Effektstärken). Die Befundlage lässt sich also als vergleichsweise inkonsistent beschreiben. Studien mit hoher gefundener Effektstärke haben dabei grundsätzlich eine höhere Publikationswahrscheinlichkeit (*Publication Bias* [+]), während Studien, deren gefundene Effektstärken nahe null sind, verstärkt Gefahr laufen, überhaupt nicht erst publiziert zu werden (*Publication Bias* [–]).

Abbildung 1. Befundlage zum Werther-Effekt infolge fiktionaler und non-fiktionaler Suiziddarstellungen in den Medien



Schematische Darstellung

1.1.1 *Befunde zu verschiedenen Medien*

Das am häufigsten untersuchte Medium ist die Tageszeitung, für das der Zusammenhang zwischen Suiziddarstellungen und Suizidalität weitgehend als gesichert gelten kann (McKenna et al., 2010; Pirkis & Blood, 2010b, S. 31). Gerade für das

Fernsehen finden sich vor allem Untersuchungsdesigns, bei denen Suizidraten zeitreihenanalytisch dahingehend untersucht werden, ob Ausstrahlungstermine von Sendungen, die eine Suiziddarstellung beinhalten, zur Erklärung von Veränderungen in den Suizidraten zu verwenden sind (Baron & Reiss, 1985b; Berman, 1988; Bollen & Phillips, 1982; Collins, 1993; Gould & Shaffer, 1986; Hawton et al., 1999; Kessler, Downey, Milavsky & Stipp, 1988; Kessler & Stipp, 1984; Martin, 1996; Neuner et al., 2009; Phillips & Carstensen, 1986; Schmidtke & Häfner, 1986; Simkin, Hawton, Whitehead, Fagg & Eagle, 1995). Die Forschungslage zum Einfluss des Fernsehens ist weniger eindeutig als zur Tageszeitung und spricht eher für eine vorsichtige Bestätigung des Werther-Effekts. Stack (2003) hielt fest, dass Studien, die den Werther-Effekt am Medium Fernsehen überprüften, mit 82% geringerer Wahrscheinlichkeit Nachahmungseffekte aufdeckten als Studien, die Suiziddarstellungen in Zeitungen untersuchten. Stack (2003, S. 239) führt dies unter anderem darauf zurück, dass Fernsehbeiträge insgesamt flüchtiger rezipiert werden, während Zeitungsbeiträge dagegen etwa auch mehrmals gelesen werden können. Ein neuerer Forschungsstrang untersucht die Bedeutung des Internets für die Suizidalität, die sich zunächst verstärkt mit sogenannten Suizidforen auseinandergesetzt haben (Schmidtke, Schaller & Kruse, 2003, S. 160), wobei vor allem die Chancen und Risiken der neuen Medienumgebung gegenübergestellt wurden. Konkrete Bedenken waren anfänglich die Verabredung zum Suizid oder der Austausch über Suizidmethoden in sogenannten Suizidforen (Bronisch, 2002; Fiedler & Lindner, 2002; Fiedler & Neverla, 2003), während später auch speziellere Probleme diskutiert wurden (z. B. die Gefahr von Anfeindungen für nicht „authentisch suizidale“ Personen in Foren; Horne & Wiggins, 2009). Der kritischen Sichtweise stehen Studien gegenüber, welche die Chancen der neuen Medienumgebung diskutieren (Eichenberg, 2004, 2010; Eichenberg, Wolters, Brähler & Coyne, 2013; Winkel, Groen, Waldmann & Petermann, 2003). Beide Positionen wurden bereits in Übersichtsarbeiten zusammengefasst (Alao, Soderberg, Pohl & Alao, 2006). Im Unterschied zu Studien über die Wirkung von Tageszeitungen oder das Fernsehen ist bei den meisten Studien zum Internet zumindest sichergestellt, dass die Probanden auch tatsächlich mit suizidalen Inhalten in Kontakt gekommen sind. Die Befundlage zum Internet wird als konsistent und kohärent beschrieben (Pirkis & Blood, 2010b, S. 4). Auch Studien zu mehreren Medien, die der Realität der Mediennutzung besonders gerecht werden, zeigen konsistent eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Menge der genutzten suizidalen Inhalte und suizidalen Verhaltensweisen (Pirkis & Blood, 2010b, S. 4–5). Nur ein Viertel dieser Arbeiten (5 von 20 Studien) untersucht allerdings Medienwirkungen auf individueller Ebene (Pirkis & Blood, 2010b, S. 4). Dabei sind die Studien, die auf individuellen Daten basieren und die gleichzeitig die Nutzung mehrerer Medien berücksichtigen, besonders vielversprechend.

1.1.2 Befunde zur Dauer und Stärke der Wirkung

Der Werther-Effekt wird vor allem durch wiederholte Publikationen zu einem Suizidfall insbesondere an prominenter Stelle, wie auf der Titelseite einer Zeitung, ausgelöst (Etzersdorfer et al., 2004; Hassan, 1995) und hängt auch von der Reichweite des Mediums ab. Die Pionierarbeiten schätzen die Höhe des Werther-Effekts auf einen Anstieg der Suizidstatistik um durchschnittlich 3–14% für Tageszeitungsberichte (Phillips, 1974, S. 350) bzw. auf 0.5% für Fernsehsendungen (Phillips & Carstensen, 1986, S. 688). Für Jugendliche (im Alter zwischen 10 und 19 Jahren) wird die Steigerung der Suizidzahlen auf 7% beziffert (Phillips & Carstensen, 1986, S. 688), wobei deutliche Geschlechterunterschiede erkennbar sind (männlich: 5%; weiblich: 13%; Phillips & Carstensen, 1986, S. 689). Auf 7–8% wird der Anstieg der Suizidversuche geschätzt (Brent, Perper, Moritz, Allman, Schweers et al., 1993, S. 515). Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014, S. 228) beziffern den Nachahmungseffekt für national verbreitete Tageszeitungsartikel in Japan auf die Zahl der Suizide und Suizidversuche mit $r = .08$ ($p < .20$) und den entsprechenden Effekt lokaler Tageszeitungen auf $r = .09$ ($p < .28$).[2] Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014) untersuchten auch die Nachahmungswirkung einer speziellen Suizidmethode auf nachfolgende Suizidversuche mit derselben Methode und stellten fest, dass die Wirkung von Suizidberichten auf der Titelseite viermal so groß ist wie die Wirkung sonstiger Suizidberichte. Andererseits gibt es auch Beispiele für zeitliche Anhäufungen von Suiziden, bei denen die Presseberichterstattung explizit als „nicht prominent“ bzw. „ohne große Publizität“ beschrieben wird (Haw, 1994, S. 263). In diesem Fall waren die Suizidenten allesamt Patienten in derselben psychiatrischen Klinik, in der sich die Suizide stattdessen über interpersonale Kommunikation verbreiteten (Haw, 1994, S. 263).

Prominentensuizide werden international besonders häufig untersucht (Kim et al., 2013; Queinec et al., 2011, Schäfer & Quiring, 2013a, 2013b; Tousignant, Mishara, Caillaud, Fortin & St-Laurent, 2005; Ueda, Mori & Matsubayashi, 2014; Yip et al., 2006). Eine Meta-Analyse zur Nachahmungswirkung prominenter Suizidfälle in den Medien (Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012, S. 1040) ermittelte für den Zeitraum von einem Monat nach deren Erscheinen eine mittlere Effektstärke von $r = .26$ (95% CI [.09, .43]). Neuere Studien, die zwischen den Jahren 2000 und 2011 publiziert wurden, zeigen mittlere Effektstärken von $r = .64$ (95% CI [.55, .73]) für

---

2 Die genannten ARIMA-Modelle sind nicht signifikant, geben aber dennoch eine aktuelle Größenordnung des Werther-Effekts eines beliebigen Suizidberichts in einer Tageszeitung am Beispiel Japans an. Deutliche Zusammenhänge konnte die Studie in erster Linie für Suizidberichte auf der Titelseite nachweisen. Die Studie weist ferner auf die Gefahr von Suizidberichten hin, die in national verbreiteten Tageszeitungen erscheinen und gleichzeitig von lokalen Tageszeitungen aufgegriffen werden („echoing“; vgl. darüber hinausgehend Hagihara, Abe, Omagari, Motoi & Nabeshima, 2014, S. 228; Reinemann & Huismann, 2007).

Nordamerika, von $r = .58$ (95% CI [.47, .68]) für Asien, von $r = .36$ (95% CI [–.10, .61]) für Australien und von $r = .68$ (95% CI [.51, .85]) für Europa. In Europa ist der Werther-Effekt nach Prominentensuiziden demnach am stärksten zu beobachten. Für die Darstellungen von Suiziden nicht-prominenter Personen beziffert die Studie die mittlere Effektstärke mit $r = .16$ (95% CI [.01, .31]), wobei sich deutliche regionale Unterschiede zwischen den Studien ergaben (z. B. Australien: $r = –.13$ (95% CI [–.35, .09]); Europa: $r = .19$ (95% CI [–.01, .40]). Die Befunde unterstreichen die Bedeutung der Berichterstattungspraxis der jeweiligen Regionen, die sich teilweise erheblich voneinander unterscheiden (Fekete et al., 2001; Pirkis, Blood et al., 2006). Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014) zeigten beispielsweise, dass der Werther-Effekt umso stärker ausfällt, je mehr die Suizidberichterstattung die journalistischen Vorgaben missachtet (vgl. auch Lee et al., 2014, S. 465–467). Den Zeitraum, in dem sich die Nachahmungswirkung auf Suizidversuche am stärksten entfaltete, bezifferten Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014) auf Basis täglicher Suizidversuchszahlen für Japan auf ein bis drei Tage nach der Veröffentlichung von Berichten. Dieser Befund deckt sich annähernd mit den Befunden von Bollen und Phillips (1982), die die stärksten Medienwirkungen nach sechs bzw. nach zwei Tagen identifizierten. Fu und Yip (2008, S. 871–872) zeigten einen Anstieg der Suizidstatistik um jeweils 25% (95% CI [15%, 36%]) innerhalb der ersten vier Wochen nach der Veröffentlichung von jedem der drei untersuchten Prominentensuizide in Asien. In der ersten Woche betrug der Anstieg der Suizide in den drei untersuchten Ländern durchschnittlich 43% (95% CI [23%, 66%]), in der zweiten Woche immerhin noch 29% (95% CI [12%, 50%]) und in der dritten Woche noch immer 25% (95% CI [8%, 45%]). Auch nach Monaten stellten Fu und Yip (2007) die Auswirkungen von Medienberichten über einen Prominentensuizid in Hong Kong auf die Suizidgedanken in der Bevölkerung fest. Der Wirkungshorizont ist also insgesamt größer, als zunächst vermutet, insbesondere wenn man nicht nur Suizidzahlen betrachtet, sondern einen weitergefassten Suizidbegriff anlegt. Ueda, Mori und Matsubayashi (2014) wiesen nach, dass Politikersuizide stärker noch als Prominentensuizide zu einem Anstieg der Suizidstatistik am Tag der Veröffentlichung von Suizidberichten in den Medien führen können. Der Anstieg der Suizide betrug nach einem Prominentensuizid 4.7% (95% CI [2.9%, 6.5%]), nach dem Suizid eines bekannten Politikers sogar 14.8% (95% CI [10.9%, 18.7%]) innerhalb eines Zeitraums von zehn Tagen (Ueda et al., 2014). Yang et al. (2013) zeigten anhand komplexer raum-zeitlicher Modelle für umfangreiche Zeitreihen aus Taiwan, dass die Anzahl der Suizide synchron mit dem Umfang der Berichterstattung über Prominentensuizide anstieg. Im Gegensatz dazu stieg die Anzahl der Suizidberichte zeitversetzt, etwa einen Monat im Anschluss an nicht-prominente Suizidfälle. Die Befunde sprechen also für einen Werther-Effekt nur infolge von Prominentensuizi-

den. Nachahmungseffekte hinsichtlich der Suizidmethode wiesen ein weniger einheitliches Muster auf.[3] Außerdem ist die Medienwirkung dahingehend zu differenzieren, dass sie stärker in städtischen als in ländlichen Gebieten beobachtet werden konnte.

Ein methodischer Einwand gegenüber vielen Arbeiten ist der fehlende Beweis dafür, dass Suizidenten überhaupt mit einer suizidbezogenen Mediendarstellung in Kontakt gekommen sind. Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al. (2007, S. 864) zeigten anhand einer Befragung von Personen mit Suizidversuch, dass 23% (29 von 124 Befragten) von diesen nach eigener Aussage tatsächlich durch Medienbeiträge zum Suizidversuch beeinflusst wurden. Über diesen stichhaltigen Beleg hinaus lässt sich anhand der Hill-Kriterien diskutieren, inwiefern es sich bei Nachahmungssuiziden um eine kausal durch Medien verursachte Wirkung handelt (Hill, 1965): Die Befunde zum Zusammenhang non-fiktionaler Suiziddarstellungen in den Medien und Suiziden in der Bevölkerung sind dementsprechend konsistent, (statistisch) deutlich, zeitlich nacheinander beobachtbar, hinreichend spezifisch und kohärent (Pirkis & Blood, 2010b, S. 2; Pirkis, Blood et al., 2006, S. 83). Zum Teil treffen diese Kriterien auch für fiktionale Suiziddarstellungen zu, allerdings beschrieben Pirkis, Blood, Beautrais, Burgess und Skehan (2006, S. 83) die Befundlage hierzu als heterogener, so dass die Autoren nur eingeschränkt von einer Kausalbeziehung zwischen fiktionalen Suiziddarstellungen und Suiziden in der Bevölkerung ausgehen. Aus methodischer Sicht ist dabei sicherlich der Einwand am problematischsten zu bewerten, dass Studienbefunde häufig auf Querschnittsdaten beruhen, aber dennoch Kausalität unterstellt wird. Das Problem besteht dann in der Konfundierung der Einflüsse von Rezipientenmerkmalen auf die Medienselektion und der Einflüsse der Mediennutzung auf das Rezipientenmerkmal, wodurch Medienwirkung und -selektion nicht mehr voneinander getrennt werden können.

1.1.3 Befunde zur Ähnlichkeit zwischen medialen Modellen und Nachahmern

Nachahmungssuizide zeigen sich besonders deutlich, wenn die Ähnlichkeit zwischen den Suizidenten in den Medien und den Suizidnachahmern groß ist. Fu und Yip (2009, S. 871–873) stellten etwa fest, dass bei Personen gleichen Geschlechts wie ein prominenter Suizident der Anstieg der Suizide bei 40% (95% CI [27%, 55%]) lag, während sich für das jeweils andere Geschlecht kein Anstieg beobachten ließ (95% CI [–2%, 24%]). Unter denen, die sich mit der gleichen Methode das Leben nahmen wie das Vorbild, ergab sich infolge der Medienberichte ein Anstieg

[3] Medienberichte über bestimmte Suizidmethoden führten nur in einem Fall zeitversetzt zu einem Anstieg der Suizide nach derselben Methode, während Medienberichte über andere Suizidmethoden mit einem Anstieg an Suiziden verbunden waren, die auch auf andere Weise vollbracht wurden.

der Suizide um 63% (95% CI [45%, 82%]), während sich bei den anderen Methoden keine Wirkung zeigte (95% CI [–12%, 10%]). Der Anstieg an Suiziden derselben Altersgruppe lag bei 49% (95% CI [30%, 71%]). In anderen Altersgruppen zeigte sich dagegen eine geringere Zunahme an Suiziden in Höhe von 21% (95% CI [10%, 33%]). Für ältere Personengruppen (60 Jahre oder älter) war in den drei asiatischen Ländern keine Veränderung der Suizidzahlen mehr erkennbar (95% CI [–6%, 27%]). Bei Nachahmern gleichen Alters und gleichen Geschlechts, die die medial dargestellte Suizidmethode wählten, lag die Veränderung in den drei Ländern bei durchschnittlich 148% (95% CI [91%, 221%]).

Stack (1990a, S. 202) gab bereits zu bedenken, dass soziale Vergleichsprozesse zwischen dem Suizidenten in der Medienberichterstattung und dem Suizidnachahmer den Werther-Effekt begünstigen können: Prominente eignen sich demnach grundsätzlich zum Aufwärtsvergleich und sind stärker mit Nachahmungssuiziden assoziiert (Stack, 1987; Wasserman, 1984; Yip et al., 2006), während der Faktor Ähnlichkeit beim Lateralvergleich mit nicht-prominenten Suizidenten aus den Medien gerade bei älteren Personen wichtig ist (Comstock, 1977, S. 191). Stack (2003, S. 238–239) stellte fest, dass Suizidberichte über Prominente aus den Bereichen Politik oder Unterhaltung mit fast 15-mal so großer Wahrscheinlichkeit Nachahmungssuizide auslösen als Suizidberichte über weniger bekannte Personengruppen mit vermeintlich geringerem Identifikationspotenzial. Dass auch nicht-prominente Suizidenten bei Jüngeren verheerende Nachahmungssuizide bewirken können, zeigten allerdings bereits die Studie von Schmidtke und Häfner (1986) zum „Tod eines Schülers“ besonders für Gleichaltrige und die Studie von Romer, Jamieson und Jamieson (2006) über weniger prominente Suizidfälle in der Lokalberichterstattung von sechs US-amerikanischen Städten. Andere Studien wiesen eine Nachahmungswirkung für spezielle Subgruppen in der Bevölkerung nach (jüngere Personen, vulnerable Personen; vgl. Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007; Phillips & Carstensen, 1986). Studien, in denen Medienwirkungen auf die Suizidstatistik von Frauen untersucht wurden, fanden zudem 4.89-mal häufiger Nachahmungseffekte (Stack, 2005, S. 128). Vor dem Hintergrund der Studien von Nabi und Keblusek (2014) sowie Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al. (2007) stellt sich beispielsweise die Frage, wie sich die individuelle Vulnerabilität auf soziale Vergleichsprozesse mit Medienfiguren und auf Nachahmungssuizide auswirkt. Inwiefern sich die Befunde zur Emotion „Traurigkeit“ auf klinisch relevante Depressionen übertragen lassen, die im suizidalen Kontext bedeutsam sind, bleibt fraglich.[4]

[4] Nabi und Keblusek (2014, S. 222) zeigen, dass der soziale Vergleich mit Medienfiguren mit verschiedenen Emotionen verbunden ist, die dafür verantwortlich sind, dass Handlungsintentionen entstehen. So ist beispielsweise eine größere Traurigkeit tendenziell mit weniger sozialen Vergleichsprozessen assoziiert, gleichzeitig mit einer höheren Motivation, den eigenen Selbstwert zu erhöhen („self-enhancement“), und einer niedrigeren Handlungsmotivation (i.d.F. „sich einer Schönheitsoperation unterziehen“).

1.1.4 Darstellung von Suizidalität in den Medien

Suizide spielen in der internationalen Medienberichterstattung normalerweise keine große Rolle und entfalten dennoch zum Teil eine große gesellschaftliche Wirkung. Machlin, Pirkis und Spittal (2013, S. 307) zeigen für Australien, dass innerhalb eines Jahres insgesamt nur über 29 von 2.161 amtlich erfassten Suiziden in den Medien berichtet wurde, vor allem in Tageszeitungen (70% der Berichte), im Radio (23%) und im Fernsehen (7%), wobei die Anzahl der Berichte je nach Suizidfall zwischen einem und hundert schwankte, ohne dass in dem Untersuchungszeitraum ein Prominentensuizid stattgefunden hat. Über den Zeitraum eines Jahres (März 2000 bis Februar 2001) sammelten zuvor bereits Pirkis, Burgess, Francis, Blood und Jolley (2006) 4.635 Suizidberichte aus (regionalen und überregionalen) Tageszeitungen, im Radio oder im Fernsehen in Australien – eine der umfangreichsten Analysen zu Suizidberichten in den Medien, die bisher durchgeführt wurden. Es zeigt sich ein Anstieg der Suizidstatistik für Männer nach 39% dieser Berichte (in der Folge von 25% der Berichte konnten keine Veränderungen beobachtet werden, in der Folge von 36% der Suizidberichte gingen die Suizidzahlen zurück) und ein Anstieg der Suizidstatistik für Frauen nach 31% der Suizidberichte (nach 43% der Suizidberichte gab es keine Veränderung, nach 26% einen Rückgang der Suizidzahlen für Frauen) – ein Großteil der Suizidberichterstattung hat demnach keine beobachtbaren Auswirkungen auf die amtlichen Suizidzahlen.

Auch in Österreich liegt der Anteil berichteter Suizidfälle in der Tageszeitung ähnlich niedrig. Niederkrotenthaler, Till, Herberth et al. (2009, S. 361) geben an, dass 54 von insgesamt 1.392 Suiziden in Tageszeitungsberichten aufgegriffen wurden. Ähnlich hoch fallen die Schätzungen für die USA (Genovesi, Donaldson, Morrison & Olson, 2010) und Großbritannien (Lewison, Roe, Wentworth & Szmukler, 2012) aus. Für den Schweizer Printsektor finden sich zwischen vier und 35 Artikel über Suizide oder Suizidversuche in einem Untersuchungszeitraum von acht Monaten (Michel, Frey, Wyss & Valach, 2000, S. 73). Von ähnlichen Größenordnungen sprechen auch Pirkis, Burgess, Blood und Francis (2007, S. 279–280) für Australien und auch Ruddigkeit (2010) für Deutschland in einem dreijährigen Zeitraum (2001–2003). Anders dagegen bei prominenten Suiziden, wie der des deutschen Fußballnationaltorhüters Robert Enke im Jahr 2009, der zu einer erheblich höheren Zahl an Suizidberichten geführt hat, wie Schäfer und Quiring (2013a, S. 148) für Deutschland zeigen. Die beiden Forscher identifizieren in sieben untersuchten Printmedien innerhalb von drei Wochen 193 Suizidberichte, von denen allein 85 der reichweitenstarken „Bild“-Zeitung zugerechnet werden können.

Inhaltlich fokussieren Medien vor allem auf spektakuläre oder gewaltsame Suizidmethoden (29% Erschießen, 20% Erhängen, 17% Sturz in die Tiefe) im Vergleich zu beispielsweise Selbstvergiftungen (8%) (McKenna et al., 2010; Niederkrotenthaler, Till, Herberth et al., 2009, S. 362). Auch die mediale Darstellung spezi-

eller Suizidmethoden kann Nachahmungssuizide auslösen, wie zahlreiche Studien zeigen (Biddle et al., 2012; Blood et al., 2007; Chang, 2011; Leung, Chung & So, 2002; Veysey, Kamanyire & Volans, 1999; Yoshioka, Hanley, Kawanishi & Saijo, 2014, S. 7). Jüngsten Befunden zufolge können spezielle Suizidformen, wie beispielsweise sogenannte Suizidcluster bzw. Mehrfachsuizide trotz geringerem Bekanntheitsgrad der Suizidenten zu Nachahmungssuiziden führen, die wiederum der Anlass für weitere Suizidberichterstattung sein können (Gould, Kleinman, Lake, Forman & Midle, 2014; Yip et al., 2013, S. 99). Machlin, Pirkis und Spittal (2013, S. 310) zeigen, dass besonders häufig über Suizide in jüngeren Bevölkerungsgruppen berichtet wird, unter anderem über Anhäufungen von Suiziden (vgl. Gould et al., 2014). In den Medien spielt dagegen die Entwicklung von Suizidalität oder deren Dynamik (vgl. Pöldinger, 1968, S. 20–21) seltener eine Rolle. So berichten beispielsweise Frey, Michel und Valach (1997, S. 16) davon, dass in Schweizer Printmedien über einen Zeitraum von acht Monaten hinweg in nicht einmal der Hälfte aller Artikel (41.7%), die die Schlagwörter Suizid oder Suizidversuch beinhalteten (n = 151), Gründe bzw. Erklärungen für Suizidalität thematisiert wurden. Sofern Gründe für die Suizidalität angesprochen wurden, waren dies vor allem Depressionen (27%) und Beziehungsprobleme (27%). In 16 Artikeln wurde Suizidalität als sehr statisch beschrieben, in 23 Artikeln als plötzliches bzw. schicksalhaftes Ereignis ohne Möglichkeiten, dieses zu verhindern – immerhin ein Viertel der Artikel wird also keinem angemessenen Verständnis von Suizidalität gerecht. Zwischen verschiedenen Medien der gleichen Mediengattung existieren gravierende Unterschiede in der Qualität der Suizidberichterstattung (Michel, Frey, Schlaepfer & Valach, 1995). Das deutet darauf hin, dass auch Forschungsüberblicke, die nach Mediengattungen getrennt argumentieren, nur eingeschränkt aussagekräftig sind. Für die USA belegt beispielsweise Baker (1988), dass kleinere Tageszeitungen konservativer und weniger drastisch über Suizide berichteten oder dass Tageszeitungen, die mit ihrem Redaktionssitz weiter vom Ort des Geschehens entfernt sind, umso wahrscheinlicher drastische Bilder eines Suizids verwenden. Wenn im Verbreitungsgebiet von Zeitungen eine Konkurrenzsituation mit dem Fernsehen bestand, berichteten diese ausführlich über einen Suizidfall und zeigen mit höherer Wahrscheinlichkeit sehr drastische Bilder vom Suizid (Baker, 1988, S. 20). Auch in speziellen Mediengattungen wie deutschsprachigen Jugendzeitschriften finden Suizidversuche oder psychische Erkrankungen nur am Rande Erwähnung (Eisenwort, Hermann, Till & Niederkrotenthaler, 2012).

Myrick, Major und Jankowski (2014) legen eine umfassende Studie über einen Zeitraum von 18 Jahren zum Framing der nationalen TV-Nachrichtenberichterstattung über u.a. Depressionen (v.a. gain vs. loss framing; episodic vs. thematic framing) in den USA vor. Sie knüpfen damit an die Idee von Gould, Midle, Insel und Kleinman (2007) an. Der Studie zufolge werden psychische Erkrankungen in den TV-Nachrichten häufig im Zusammenhang mit Kriminalität oder

aber mit Medikamenten dargestellt, was zur Stigmatisierung Betroffener beitragen kann (vgl. Philo et al., 1994; Wahl, Wood & Richards, 2002). Slopen, Watson, Gracia und Corrigan (2007, S. 9–10) zeigen anhand einer Inhaltsanalyse zur Zeitungsberichterstattung über psychische Erkrankungen in den USA im Zeitraum eines Jahres, dass ungefähr 25% der Artikel über Depressionen auch Suizidalität thematisieren. Pellegrini (1996, S. 303) untersucht inhaltsanalytisch, inwieweit Suizidenten in der Suizidberichterstattung diskriminiert bzw. kriminalisiert werden und in welchem Umfang die Berichterstattung auf individuelle Prädispositionen und Hintergründe eingeht. Außerdem wurde danach gefragt, welche Rolle die Suizidprävention in den Berichten spielt und inwieweit sich die Darstellungen in den Medien mit der Suizidstatistik decken. In der Studie blickt Pellegrini (1996) auf die Darstellung von Suiziden anhand zweier Boulevard-Tageszeitungen in Österreich für den Zeitraum von 1991 bis 1993 (schwerpunktmäßig April 1992 bis März 1993). Die Analysen zeigen für die Österreichische Suizidberichterstattung, dass 367 der 380 untersuchten Artikel Informationsbeiträge waren. Ein Drittel der Beiträge umfasst weniger als 15 Zeilen, beinahe die Hälfte der Artikel umfassen mehr als 30 Zeilen. Nahezu jeder Artikel (97%) bezieht sich auf einen konkreten Suizidfall und nicht etwa allgemein auf das Thema Suizidalität oder die Suizidstatistik. 8% der Beiträge werden auf der Titelseite angekündigt, 38% verwenden den Terminus „Selbstmord“ oder ein Synonym in der Schlagzeile. Die Suizidenten werden in „rund zwei Fünfteln“ (Pellegrini, 1996, S. 305) der Artikel einer Randgruppe zugeordnet (14% zur Gruppe der „Psychopathen“, 13% zur Gruppe der „Kriminellen“). Diskriminierung findet insbesondere in Bezug auf sozial schwache Gruppen statt, mit Ausnahme von Auszubildenden. In beinahe der Hälfte der Beiträge (44%) ging dem Suizid oder Suizidversuch ein Mord voraus, was Pellegrini (1996, S. 305) als „völlige Verzerrung der Realität“ wertet, „die den Eindruck erweckt, ein Selbstmordgefährdeter sei gleichzeitig gemeingefährlich“. Entgegen den Hypothesen der Untersuchung gehen die Artikel der Suizidberichterstattung in vielen Fällen auch auf soziale Hintergrundfaktoren für Suizidalität ein, die über das Individuum hinausweisen. Besonders problematisch ist der Befund, dass in 95% der untersuchten Beiträge keine Informationen über Anlaufstellen und Hilfsmöglichkeiten im Falle eigener Suizidalität oder bei anderen Menschen genannt werden (Pellegrini, 1996, S. 306).

Hinsichtlich der Darstellung von Suiziden in Filmen und fiktionalen Medienangeboten stellen Jamieson und Romer (2011) für die USA eine Verdreifachung in populären Filmen über den Zeitraum von 1950 bis 2006 fest. Ebenso zeigt die Inhaltsanalyse, dass die Darstellung von Suiziden in fiktionalen Programmen umso drastischer ausfällt, je höher die Altersempfehlung des Films ist. Mehr als die Hälfte der dargestellten Suizide bezieht sich auf Suizidenten im Alter von 10 bis 40 Jahren. Die Darstellung von Suiziden dieser Altersgruppe nimmt über den Untersuchungszeitraum hinweg ebenfalls deutlich zu (Jamieson & Romer, 2011, S. 283). Da im Allgemeinen davon ausgegangen wird, dass der Nachahmungseffekt bei jüngeren

Personen häufiger auftritt, muss dieser Befund kritisch hinterfragt werden: Dadurch, dass jüngere Suizidentenmodelle in Filmen ein größeres Nachahmungspotenzial speziell für jüngere Zuschauer bergen, ist der Anstieg dieser Darstellungen in den letzten Jahrzehnten eine Gefahr. Eine weitere, umfangreichere Analyse von Suiziden im Film stammt von Stack und Bowman (2012). Die Studie stellt länderübergreifend für die USA und für Großbritannien fest, dass nur in etwa einem Fünftel der fiktionalen Suiziddarstellungen psychische Probleme thematisiert werden (Stack & Bowman, 2012, S. 229). Eine ungefähr gleiche Größenordnung trifft in Bezug auf Zeitungsberichte in den USA zu (Slopen et al., 2007) und basiert auf der bislang größten Stichprobe, die mehr als 1.000 Spielfilme mit suizidalen Inhalten umfasst (Stack & Bowman, 2012, S. 273).

1.1.5 Interventionsmöglichkeiten bei fiktionalen, non-fiktionalen und „neuen" Medieninhalten

Nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen Belege für die Gefahr von Nachahmungssuiziden infolge von Suizidberichterstattung und auch fiktionalen Suiziddarstellungen entwickelte die WHO in Zusammenarbeit mit der Task Force „Medien" der Internationalen Gesellschaft für Suizidprävention (IASP) Guidelines für journalistische Produkte verschiedener Medien. Insgesamt existieren über 30 solcher Guidelines in verschiedenen Ländern (Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 534), die sich inhaltlich weitgehend überschneiden (Pirkis, Blood et al., 2006, S. 84). Darin wird unter anderem empfohlen, auf eine sensationsorientierte Berichterstattung mit umfassender Bebilderung und prominenter Platzierung zu verzichten, keine Details zur Methode und zum Ort zu nennen, und dies insbesondere dann zu befolgen, wenn es sich um einen prominenten Suizidenten handelt (Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 534). Sonneck, Etzersdorfer und Nagel-Kuess (1994, S. 456–457) ergänzen als ein weiteres Merkmal der Suizidberichterstattung, das einen Werther-Effekt begünstigt (vgl. auch Pellegrini, 1996, S. 301), die Darstellung des Suizids als nicht nachvollziehbar (z. B. „Er führte das perfekte Leben") sowie die Simplifizierung von Suizidmotiven (z. B. „brachte sich wegen schlechter Neuigkeiten um"). Ebenso schädlich sind eine den Suizid romantisierende Berichterstattung („im Tod vereint") oder Berichte, die einen Suizid als unausweichlich darstellen („wurde in den Suizid getrieben"). Hingegen wird das Nachahmungsrisiko minimiert, wenn im Artikel erwähnt wird, dass ein Suizid immer auch Ausdruck für psychische Probleme ist. Auch Hinweise auf suizidale Risikofaktoren, Warnsignale für Suizidalität und Hilfsangebote können suizidpräventiv wirken (vgl. Niederkrotenthaler et al., 2010). Die formalen Kriterien von Suizidberichten, die einen Werther-Effekt begünstigen, sind:

- Der Suizidbericht steht auf der Titelseite einer Zeitung.
- Der Begriff „Suizid" kommt in der Überschrift vor.

- Es gibt ein Foto der Person, die sich das Leben genommen hat.
- Der Medienbeitrag heroisiert die Person, die sich das Leben genommen hat („musste in dieser Situation so handeln“).

Eigenschaften von Suizidberichten, die einen Werther-Effekt abschwächen oder verhindern können, sind nach Sonneck, Etzersdorfer und Nagel-Kuess (1994, S. 457):

- Alternative Handlungsmöglichkeiten zum Suizid werden genannt (z. B. Anlaufstellen bei Suizidgedanken).
- Überwinden einer suizidalen Krise.
- Darstellung von Hintergrundinformationen zu Suizidalität im Allgemeinen (z. B. Hilfestellungen zum Umgang mit suizidalen Personen).

Medienguidelines orientieren sich also stark an den Befunden zum Werther-Effekt und unterstreichen somit dessen gesellschaftliche Relevanz nachdrücklich. In einigen Ländern werden auch Preise für vorbildliche Suizidberichterstattung vergeben, um die Journalisten zu motivieren, die Guidelines zu berücksichtigen, und um diese auf breiter Basis publik zu machen (Dare et al., 2011). Dies erscheint sinnvoll, da vor einigen Jahren noch Jamieson, Jamieson und Romer (2003) feststellen mussten, dass viele Journalisten nicht über die Auswirkungen ihrer Suizidberichte Bescheid wussten. Eine Befragung von US-amerikanischen Journalisten, die für ihre Berichterstattung zu psychischen Erkrankungen ausgezeichnet wurden, zeigt allerdings auch, dass Journalisten durchaus hart mit den inhaltlichen Vorschlägen in den Guidelines ins Gericht gehen (Subramanian, 2014): Die befragten Journalisten glaubten zwar grundsätzlich an eine Nachahmungswirkung als Folge von Suizidberichten, zweifelten allerdings an der vereinfachten Wirkungsvorstellung des Werther-Effekts. Die preisgekrönten Journalisten gehen von einem ohnehin vorhandenen Wissen über die verschiedenen Suizidmethoden in der Gesellschaft aus und sehen in detaillierten Suizidberichten sogar wichtiges suizidpräventives Potenzial (Subramanian, 2014, S. 11). Einzelne Details zur Suizidberichterstattung, wie in den Medienguidelines beschrieben, rufen bei den Journalisten gemischte Reaktionen hervor. Während einige zustimmen, beispielsweise in Berichten über psychisch Kranke, diese auch tatsächlich als Personen mit einer psychischer Krankheit zu beschreiben, um einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, betonen andere (im Gegensatz zum Framing psychischer Krankheiten) vor allem die Wichtigkeit korrekter Informationen. Ein weiterer Punkt, der einer Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft entgegenwirken kann, ist die Verbreitung prosozialer Botschaften in den Medien, also guter Nachrichten über beispielsweise erfolgreiche Therapien. Die preisgekrönten Journalisten standen dem skeptisch gegenüber, weil sie keine Propaganda schreiben wollten, und betonten stattdessen die Bedeutung detailgetreuer Hintergrundberichte in Verbindung mit einem aktuellen Anlass (Subramanian, 2014, S. 12).

Medienguidelines sind ein erfolgreiches Mittel der Suizidprävention, wenn sie von den Journalisten tatsächlich berücksichtigt werden (Fu & Yip, 2008). Dann können sie einen unmittelbaren (Etzersdorfer & Sonneck, 1998, 1999; Etzersdorfer, Sonneck & Nagel-Kuess, 1992; Etzersdorfer et al., 2004; Michel et al., 2000; Pirkis et al., 2009) Rückgang der Suizidzahlen bewirken, der auch über Jahre hinweg beobachtbar bleibt (Niederkrotenthaler & Sonneck, 2007). Insbesondere die Wiener Interventionsstudie zeigt, dass die Einführung von Medienguidelines zur Suizidberichterstattung zu einer deutlich reduzierten Berichterstattung, einem Rückgang methodenspezifischer Suizide um 75% und einem Rückgang aller Suizide eines örtlich beschränkten Gebietes um 20% führen kann. Die Erfahrungen aus Australien zur Implementation von Medienguidelines belegen die Wichtigkeit der Einbindung von Verantwortlichen aus dem Medienbereich während aller Stufen der Entwicklung und Implementierung (Chambers et al., 2005; Pirkis, Blood et al., 2006). Verschiedene Maßnahmen wurden dabei ergriffen, um den Kontakt zu den Journalisten, Medienverantwortlichen und Medienkontrollgremien zu halten. Pirkis und Nordentoft (2011, S. 537) beschreiben, wie in Australien diese Maßnahmen auch für die Darstellung fiktionaler Medieninhalte über Suizide umgesetzt wurden – auch in diesem Punkt existieren zum Teil gravierende Länderunterschiede (vgl. beispielsweise für Indien Chandra et al., 2013). Dazu wurden beispielsweise Workshops angeboten sowie schriftliches und online verfügbares Informationsmaterial, das sich explizit an Drehbuchautoren und Verantwortliche aus dem Bereich der Unterhaltungsmedien richtet und auf die Gefahren der Suizidnachahmung hinweist. Neben den Medienverantwortlichen werden auch Psychiater und suizidale Personen in den Entwicklungs- und Implementierungsprozess eingebunden, um die Relevanz und Passgenauigkeit des Programms sicherzustellen. Die Materialien zu fiktionalen Inhalten wurden in Zusammenarbeit mit Ärzten entwickelt. Während das australische Projekt mittlerweile Vorbildcharakter besitzt, zeigt das wesentlich weniger erfolgreiche Beispiel aus Neuseeland, in dem gesellschaftliche Akteure nicht in den Entwicklungs- und Implementationsprozess eingebunden worden sind, wie wichtig tatsächlich bereits der Planungsprozess von Medienguidelines ist. Dabei sind neuere Medien noch nicht einmal in den Mittelpunkt dieser Diskussion gerückt. Für das Internet existieren verschiedene Vorschläge zur Einführung freiwilliger Guidelines. Zum Einsatz von Filtersoftware oder der bewussten Positionierung von Hilfe-Websites für suizidale Personen (Becker, Mayer, Nagenborg, El-Faddagh & Schmidt, 2004; Mishara & Weisstub, 2007) stehen Vorschläge im Raum. Eine empirische Überprüfung dieser Vorschläge existiert bislang jedoch nicht (Pirkis & Nordentoft, 2011, S. 539).

Vor dem Hintergrund der genannten Defizite und des Forschungsstands zum Werther-Effekt sollen hier abschließend die zentralen Erkenntnisse dieses Kapitels verdichtet dargestellt werden. Die Einzelbefunde, die in den vorangegangenen Kapiteln diskutiert wurden, werden dafür in einer tabellarischen Übersicht (Tabelle 1)

zusammengefasst. Diese beinhaltet die Kernbefunde, die Richtung der aus der Forschungsliteratur extrahierten Zusammenhänge sowie einen zentralen Quellennachweis für den Zusammenhang. Ausgangspunkt ist die zugrunde liegende allgemein formulierte Hypothese des Werther-Effekts, dass mediale Suiziddarstellungen zu Veränderungen der Suizidrate bzw. der individuellen Suizidalität führen. Die Tabelle zeigt spezifische Eigenschaften der medialen Suiziddarstellungen und deren Auswirkung auf die Suizidrate bzw. auf die individuelle Suizidalität.

Tabelle 1.
Übersicht über Kernbefunde zum Werther-Effekt

Studie	Beschaffenheit medialer Suizid-darstellungen	Auswirkungen auf Suizidrate	
Phillips (1974)	Titelseite von Tageszeitungen	+	Medium
Kessler et al. (1989)	Suiziddarstellung im Fernsehen	○	
Alao et al. (2006)	Internet	○	
Eichenberg (2010)	Pro/Anti-Suizid-Websites	○	
Dunlop, More und Romer (2011) Scherr und Reinemann (2014)	Diskussionsforen	○	
Chung (2014, S. 652)	soziale Medien, Blogs	○	
Phillips (1974)	hohe Reichweite des Mediums	+	
Stack (2005)	non-fiktionale Suizidberichte	+	Darstellung
Schmidtke und Häfner (1986)	fiktionale Suiziddarstellungen	+	
Niederkrotenthaler, Fu et al. (2012, S. 1040)	Prominentensuizid	+	
Ueda, Mori und Matsubayashi (2014)	Politikersuizid	+	
Veysey, Kamanyire und Volans (1999)	spezielle Suizidmethode	+	
Gould, Kleinman, Lake, Forman und Midle (2014)	ungewöhnliche Suizidform	+	
Phillips (1974)	Ethnozentrismus/Suizid in eigenem Land	+	
Etzersdorfer, Voracek und Sonneck (2004)	wiederholte Suiziddarstellung	+	Journalisten
Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014)	„Echoing" von Suizidberichten in Tageszeitungen	○	
Hagihara, Abe, Omagari, Motoi und Nabeshima (2014)	Missachtung journalistischer Leitlinien	+	
Pirkis und Nordentoft (2011, S. 534) Sonneck, Etzersdorfer und Nagel-Kuess (1994, S. 456–457) Niederkrotenthaler et al. (2010)	Einhaltung von journalistischen Richtlinien zur Suizidberichterstattung	–	

Studie	Rezipienteneigenschaften	Auswirkungen auf Suizidalität	
Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al. (2007)	Depression	+	Rezipient
Fu und Yip (2009, S. 871–873)	Ähnlichkeit zu Suizidvorlage	+	
Fu und Yip (2009, S. 871–873)	hohes Alter	○	
Schmidtke und Häfner (1986)	niedriges Alter	+	

Anmerkung. Schematische Übersicht über zentrale Befunde der Forschung zum Werther-Effekt. + = Anstieg der Suizidrate/höhere Suizidalität; – = Rückgang der Suizidrate/geringere Suizidalität; ○ = keine eindeutige Veränderung.

1.1.6 Chancen und Gefahren von Suiziddarstellungen im Internet

Schließlich nehmen die Forschungsbemühungen zu Nachahmungssuiziden in wiederkehrender Weise das Internet ins Visier (vgl. Jacob, Scourfield & Evans, 2014). In der zuvor abgebildeten Übersichtstabelle wurden die Befunde zum Internet noch mit einem Kreis-Symbol für Uneindeutigkeit der Befunde versehen. Dies liegt im Falle des Internets sicherlich auch an der überwiegend zweigeteilt geführten Diskussion über dessen Chancen und Gefahren für die Suizidalität der Nutzer. Daher sollen abschließend zum Forschungsstand einige Befunde zu Suizidalität und Online-Medien herausgegriffen und näher besprochen werden. Kemp und Collings (2011, S. 143) bezeichnen einige dieser Arbeiten als eine Ansammlung von Einzelfallstudien mit Einzelmeinungen, die kein systematisches Verständnis des Internets als Kommunikationsraum entwickeln (Beatson, Hosty & Smith, 2000; Becker et al., 2004; Becker & Schmidt, 2004; Dobson, 1999; Naito, 2007; Prior, 2004; Rajagopal, 2004; Thompson, 1999). Der oftmals spezielle Zuschnitt vieler Studien erschwert die Erkenntnis übergreifender Zusammenhänge zwischen Nachahmungssuiziden und dem Internet. Die subjektive Wahrnehmung von Internetangeboten durch unterschiedlich prädisponierte Personen (z. B. Depressive; hinterbliebene Angehörige eines Suizidenten; vgl. Kemp & Collings, 2011, S. 143) wird dabei wiederum weiterhin außer Acht gelassen. Von diesen werden die Angebote unterschiedlich wahrgenommen und bewertet. So kann beispielsweise auch eine sogenannte „Pro-Suizid-Website“ für Angehörige eine erste Anlaufstelle nach einem Suizid sein, die eine unterstützende Funktion für sie hat (Baker & Fortune, 2008; Eichenberg, 2004). Harris, McLean und Sheffield (2009) zeigen anhand einer Online-Befragung zum Internetnutzungsverhalten von suizidalen Personen, dass diese besonders die Anonymität von Suizidforen schätzen, in denen sie offene Diskussionen führen können, was selbstverständlich mit geschulten Moderatoren auch grundsätzlich anonym möglich ist. Ein anderer Bereich widmet sich insbesondere der Frage nach der Sichtbarkeit und Zugänglichkeit von Internetangeboten in Zusammenhang mit Internetsuchmaschinen (Biddle et al., 2012; Biddle, Donovan, Hawton, Kapur & Gunnell, 2008; Recupero, Harms & Noble, 2008). Hierzu gibt es insgesamt noch immer gemischte Befunde: Sowohl „Pro-Suizid-Websites“ als auch suizidpräventive Internetangebote und Internetseiten zu Suizidmethoden sind prinzipiell auffindbar und miteinander vernetzt. Kemp und Collings (2011) präsentieren eine erste netzwerkanalytische Arbeit, in der sie die Hyperlinkstruktur von Pro- und Anti-Suizid-Websites abbilden. Die Studie belegt mithilfe von Web-Crawlern, dass „Pro-Suizid-Websites“ tatsächlich seltener und auch weniger stark vernetzt sind, während suizidpräventive Angebote sehr einfach zugänglich und deutlich stärker vernetzt sind. Der Ansatz der Studie geht über die Analyse suizidbezogener Suchanfragen hinaus (Chang, 2011), weil sie auch die Verlinkungs-Struktur der Websites untereinander

berücksichtigt und damit bessere Rückschlüsse auf die Sichtbarkeit dieser Angebote für Internetnutzer zulässt, worauf Suchmaschinentreffer letztlich basieren.

Bei jüngeren Personen scheinen dagegen ohnehin traditionelle Medienangebote und soziale Netzwerke von größerer Bedeutung zu sein als klassische Websites. Anhand einer Befragung von Jugendlichen zeigen Dunlop, More und Romer (2011) allerdings, dass im Gegensatz zu diesen Medienangeboten vor allem Diskussionsforen sowohl als wichtige Quelle für suizidbezogene Informationen genannt werden als auch mit einer erhöhten Suizidalität in Verbindung stehen (vgl. auch Scherr & Reinemann, 2014; Sueki, 2013). Daine et al. (2013) verdichten in einem systematischen Literaturreview die Befunde aktueller empirischer Studien aus insgesamt acht Ländern zu den Zusammenhängen zwischen der Internetnutzung und der Suizidalität insbesondere bei jüngeren Personen. Methodisch waren die Studien sowohl qualitativ als auch quantitativ konzipiert. Die empirischen Befunde beruhen vor allem auf Selbstaussagen im Rahmen von Befragungsstudien, einige Arbeiten basieren jedoch auch auf Beobachtungsdaten. Die Studien beruhen außerdem auf Daten sowohl von aktiven als auch von passiven Nutzern (Daine et al., 2013, S. 2). Die Gesamtschau der Befunde weist in die angesprochenen zwei Richtungen: Die Chancen und Gefahren des Internets für die Suizidalität. Zu den Chancen zählt der soziale Kontakt mit anderen Personen, durch den Empathie und soziale Unterstützung auf Augenhöhe erlebt werden kann (Baker & Fortune, 2008). Dazu gehört auch der Austausch mit anderen suizidalen Personen, der zur subjektiven Problembewältigung beitragen kann (Baker & Fortune, 2008; Barak & Dolev-Cohen, 2006, S. 188–189; Eichenberg, 2008; Jones et al., 2011). Schließlich sind zwei weitere Gesichtspunkte als Chancen von Online-Kommunikation anzusehen: Betroffene können erstens online eine positive Bestärkung ihres eigenen gezeigten Verhaltens und zweitens nicht zuletzt dadurch größere Wissenszuwächse zur Suizidalität als etwa über die Nutzung von Informationsseiten erfahren (Daine et al., 2013, S. 4).

Zu den empirisch festgestellten Gefahren der Internetnutzung für die Suizidalität zählen einerseits die Normalisierung von suizidalem Verhalten durch den Austausch in speziellen Diskussionsforen und der Austausch über Suizidmethoden. Problematisch ist auch, dass suizidale Personen über entsprechende Internetangebote einen suizidalen Partner für sich suchen. Dabei war die Nutzung von Diskussionsforen mit erhöhten Suizidgedanken verbunden, nicht aber die Nutzung sozialer Netzwerkseiten. Zu den Hauptursachen für die Nutzung von Diskussionsforen zählt Hoffnungslosigkeit bei gleichzeitig niedrigem Stressniveau (Barak & Dolev-Cohen, 2006, S. 188–189), wobei die Nutzung von Internetforen das Stressniveau der Nutzer nicht durchweg positiv beeinflusst. Generell stellt die Internetnutzung gerade für Jugendliche eine wichtige Informationsquelle zum Thema Suizid dar. In einer US-amerikanischen Studie gaben 59% der befragten Jugendlichen an, über das Internet (Nachrichtenseiten, Onlineforen, Diskussionsplattformen, Selbsthilfewebsites) Informationen über Suizidalität erhalten zu haben, 24% gaben außerdem sozia-

le Netzwerke an (Dunlop et al., 2011, S. 1076). Daine et al. (2013, S. 4) zitieren eine neuseeländische Studie, in der Personen, die sich selbst Verletzungen zugefügt haben, zu Medieneinflüssen befragt wurden. 80% gaben an, zuvor mit suizidbezogenem Material im Internet konfrontiert worden zu sein. Bei Mitchell und Ybarra (2007) finden sich außerdem Hinweise darauf, dass selbstschädigendes Verhalten bei Jugendlichen mit einer höheren Internetnutzung zusammenhängt. Empirische Unterstützung erfährt diese Einschätzung von Messias, Castro, Saini, Usman und Peeples (2011), die zeigen, dass Jugendliche, die exzessiv Zeit (= mehr als fünf Stunden pro Tag) im Internet oder mit Computerspielen verbringen, ein deutlich höheres Risiko für Depression, Suizidgedanken und Suizidpläne aufweisen. Dieser Zusammenhang war auch bei wiederholter Messung im Abstand von zwei Jahren zu beobachten. Diese Befunde weisen auf fundamentale, bisher noch unberücksichtigte Zusammenhänge zwischen Internetsucht, Depressionen und Suizidalität hin (vgl. Kim et al., 2006; Lam, Peng, Mai & Jing, 2009), die sich bereits in anderen Arbeiten abzeichneten (vgl. die Verbindung zwischen Computer-Spielsucht und geringer Lebenszufriedenheit bei Festl, Scharkow & Quandt, 2013).

Zusammenfassend bestätigt sich das zweigeteilte Bild von Chancen und Gefahren. Studien zeigen, dass das Internet einerseits eine Quelle sozialer Unterstützung sein kann, wo Problemlösungsstrategien vermittelt werden, andererseits die Internetnutzung aber nicht mit einer Verminderung von Stress einhergeht, sondern stattdessen mit einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und vermehrten Suizidgedanken. Insbesondere die Gefahr der Normalisierung von suizidalem Verhalten wurde bislang erst oberflächlich untersucht. Der Fokus vieler Studien liegt auf jüngeren Bevölkerungsgruppen. Die Befunde von Scherr und Reinemann (2014) zum Zusammenhang der Nutzung von Online-Gesundheitsforen und Suizidalität deuten darauf hin, dass auch ältere Internetnutzer (50-59 Jahre) näher betrachtet und dabei auch dringend geschlechterspezifische Unterschiede berücksichtigt werden sollten, weil selbst in älteren Personengruppen solche Zusammenhänge noch deutlich erkennbar waren. Ein weiterer noch wenig beleuchteter Aspekt ist die Bedeutung von Online-Selbsthilfegruppen für Personen, die einen Suizidversuch überlebten, sowie für Angehörige bzw. Hinterbliebene eines Suizidenten. Feigelman, Gorman, Beal und Jordan (2008, S. 233) zeigen, dass hier beispielsweise kein Stadt-Land-Gefälle unter den Nutzern besteht und dass als Nutzungsmotive in erster Linie die Erreichbarkeit von Ansprechpartnern rund um die Uhr genannt wurden. Auch die Möglichkeit, sehr viel Zeit in einer Online-Selbsthilfegruppe verbringen zu können, ist ausschlaggebend (Feigelman et al., 2008, S. 229). Gerade Personen, die eine starke Stigmatisierung von Seiten ihrer Familie und Bekannten erfahren haben, sowie depressive Personen suchten in Online-Selbsthilfeforen Hilfe und Unterstützung, die sie dort auch fanden (Feigelman et al., 2008, S. 234). Schließlich kann auch das aktuell häufiger beobachtbare Phänomen des sogenannten Cyber-Suizids problematisiert werden. Damit ist die Äußerung von Suizidgedanken im Internet gemeint.

Cotten, Ford, Ford und Hale (2014) definieren Cyber-Suizid als eine auf die eigene Person gerichtete Form jugendlicher Gewalt, die sich insbesondere auf Äußerungen von Suizidgedanken im Internet bezieht (vgl. detaillierter dazu Alao et al., 2006). Über die Relevanz von online geäußerten Suizidgedanken herrscht seit Längerem eine rege Diskussion. Cash, Thelwall, Peck, Ferrell und Bridge (2013) analysierten beispielsweise die Inhalte von über 1.038 Posts auf MySpace, die öffentlich zugänglich waren und bei denen man davon ausgehen konnte, dass es sich um kein professionell betriebenes Profil handelte (genauer bei Cash et al., 2013, S. 167). Letztlich wurden 64 potenziell suizidale Kommentare identifiziert und inhaltsanalytisch untersucht. Dabei zeigte sich, dass suizidbezogene Äußerungen in Verbindung mit Alltagsproblemen, sogenannten „daily hassles", geäußert wurden. Dazu zählen beispielsweise Beziehungsprobleme, Missbrauch von Substanzen oder Probleme mit der eigenen psychischen Gesundheit. Die Autoren der Studie schlussfolgern daher, dass das Äußern von Suizidgedanken im Internet mit der Suche nach Anlaufstellen und Unterstützung einhergeht, mit dem Ziel, die Unwägbarkeiten des Alltags zu überwinden. Diese Einschätzung deckt sich mit den Befunden von Ruder, Hatch, Ampanozi, Thali und Fischer (2011), deren Studie zeigt, dass Facebook zwar einerseits zur Äußerung von Suizidgedanken genutzt wird, andererseits aber befreundete Personen in dem Netzwerk tatsächlich dagegen einschreiten und Suizidversuche verhindern. Die Autoren folgern aus den Befunden, dass Facebook grundsätzlich ein Potenzial zur Suizidprävention in sich birgt.[5] Solchen positiven Einschätzungen der Rolle des Internets (vgl. dazu auch Eichenberg, 2004, 2010; Winkel et al., 2003) steht die häufig geäußerte Angst gegenüber, das Internet biete gleichzeitig Raum für die Bereitstellung und den gegenseitigen Austausch von Wissen über Suizidmethoden, wodurch die Gefahr für zusätzliche Suizide erst entsteht (Bronisch, 2002; Fiedler & Lindner, 2002; Fiedler & Neverla, 2003; Horne & Wiggins, 2009).

In einem aktuellen Literaturreview (Hamm et al., 2014, S. 13) zur Bedeutung von sozialen Medien für die Gesundheit jüngerer Personen halten die Autoren fest, dass sich die meisten Studien auf Diskussionsforen beschränken und die Wirksamkeit sozialer Medien bisher vor allem im Rahmen weiterer Behandlungsmaßnahmen betrachtet wurde. Dadurch fällt es grundsätzlich schwer, den speziellen Einfluss von Social-Media-Angeboten auszuloten. Qualitative Untersuchungen deuten (im allgemeinen Gesundheitskontext) allerdings darauf hin, dass sich soziale Medien vor allem im akuten Stadium einer Krankheit für jüngere Personen als Unterstützung oder Informationsquelle eignen (gegebenenfalls über die Kontaktherstellung mit den Erziehungsberechtigten). Die zu beobachtende Euphorie in Bezug auf die neuen technischen und strukturellen Möglichkeiten, die das Social Web bietet, stützt

[5] An dieser Stelle soll mit Verweis auf die Literatur die grundsätzliche Problematik eines „Bystander-Effekts" online nicht näher beleuchtet werden (Markey, 2000; Quirk & Campbell, 2014).

sich im Gesundheitsbereich (und mit besonderem Fokus auf jüngere Zielgruppen) allerdings kaum auf empirische Belege (Hamm et al., 2014, S. 13). Bei der Abschätzung der Wirkung neuer Medienangebote im Zusammenhang mit Suizidalität und Depressionen ist daher Vorsicht geboten. Dabei spielt auch die Qualität der Studien eine nicht unwesentliche Rolle (Hamm et al., 2014, S. 13), die mithilfe standardisierter Bewertungsverfahren im Rahmen von Literaturübersichten ermittelt werden sollte (vgl. Higgins & Green, 2011). Übersichtsarbeiten, die nämlich nicht auf dieser Systematik aufbauen, zeigen mit höherer Wahrscheinlichkeit positive Befunde (Tricco, Tetzlaff, Pham, Brehaut & Moher, 2009). Und schließlich untersuchte etwa Chung (2014) die Bedeutung von Online-Supportgruppen im Umgang mit gesundheitsbezogenen Themen. Die Studie weist nach, dass Online-Diskussionsgruppen insgesamt am bedeutendsten sind, um sich über gesundheitsbezogene Themen auszutauschen, besonders wenn ein erhöhtes Informationsbedürfnis besteht (Chung, 2014, S. 651). Sind Nutzer dagegen primär auf der Suche nach emotionaler Unterstützung, gewinnen andere Angebote wie Blogs oder soziale Netzwerke an Bedeutung (Chung, 2014, S. 652). Social-Media-Anwendungen schreiben Gesundheitsforscher bislang (im Gegensatz zu klassischen Massenmedien) nur eine geringe Bedeutung zu (Grande et al., 2014, S. 6). Daher verwundert es nicht, dass das Potenzial von Online-Medieninhalten für die Suizidprävention bislang noch nicht ausgeschöpft erscheint (Jacob et al., 2014).

1.2 Defizite bei der Erforschung des Werther-Effekts

1.2.1 Begriffsverständnis von Suizidalität

Wie bereits einleitend angeklungen, bilden die fünf zentralen Defizite bei der bisherigen Erforschung des Werther-Effekts, die Reinemann und Scherr (2011) unter dem Label „Werther-Defekt“ zusammengetragen haben, den Ausgangspunkt der vorliegenden Studie.[6] Diese Defizite führten dazu, dass sich die suizidologische und kommunikationswissenschaftliche Forschung zum Werther-Effekt über längere Zeit theoretisch und methodisch nicht weiterentwickelt hat. Stack und Bowman (2012, S. 250) gehen beispielsweise davon aus, dass über 90% der publizierten Forschungsarbeiten zu Suiziden externe Faktoren, wie beispielsweise Medien, bei der Erforschung von Suizidalität ausblenden und stattdessen auf interne Einflussgrößen fokussieren. In der Medienberichterstattung werden dagegen wichtige individualpsychologische Erklärungen für Suizidalität nur spärlich widerspiegelt, stattdessen

[6] Die folgenden Ausführungen beruhen auf der genannten Publikation.

wird häufig nach externen Ursachen gefragt. Eine Verschränkung beider Perspektiven erscheint daher heute überfällig.

Das erste Forschungsdefizit bezieht sich auf das zugrunde liegende konzeptionelle und begriffliche Verständnis von Suiziden: Die bisherige Forschung zum Werther-Effekt betrachtete über weite Strecken in erster Linie vollendete Suizide. Diese werden in den Todesursachenstatistiken der meisten Ländern erfasst[7] und können (mit datenschutzrechtlichen Einschränkungen hinsichtlich des Aggregationsniveaus) in anonymisierter Form zur Beantwortung wissenschaftlicher Fragen herangezogen werden. Bis auf die datenschutzrechtlichen Beschränkungen der jeweiligen Länder stehen sonst keine ethischen Bedenken im Weg. So gering die Hürden also bei der Durchführung von Aggregatdatenanalysen zum Werther-Effekt sind, so weitreichend sind deren erkenntnistheoretische Folgen für das Forschungsfeld. Die Forschung zum Werther-Effekt untersuchte bis zuletzt die Auswirkungen von Mediendarstellungen realer (Gould et al., 2014; Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012; Pirkis & Blood, 2001a, 2010b; Romer et al., 2006; Stack, 2005) oder fiktiver Suizide (Phillips, 1982; Pirkis & Blood, 2001b; Schmidtke & Häfner, 1986; Stack, 2009) auf die Anzahl der (amtlich erfassten) Suizide eines definierten Gebietes. Die enge Fokussierung auf tatsächliche Suizide ist insofern problematisch, als sie dem vielschichtigen Verständnis von Suizidalität nicht gerecht wird, das heute in der Suizidologie vertreten wird (vgl. Kapitel 2.1). So umfasst Suizidalität verschiedene suizidale Verhaltensweisen, die sich jeweils durch eine unterschiedlich ausgeprägte Intention zu sterben voneinander abgrenzen lassen. Dazu zählen neben Suiziden auch Suizidgedanken, -pläne oder -versuche. Da Medienwirkungen nur für einen Teil der Suizidalität, nämlich tatsächliche Suizide, schwerpunktmäßig untersucht wurden, besteht noch immer dringender Forschungsbedarf und die Gefahr, dass bisher identifizierte Medienwirkungen unterschätzt wurden. Es ist bekannt, dass Medien auf verschiedene Bereiche einwirken können (z. B. auf die körperliche Ebene, auf Einstellungen, Wissen, Werte, Emotionen, auf die öffentliche Meinung, soziales Kapital und soziales Verhalten; vgl. Kepplinger, 2008), sowohl nach einmaligem als auch nach mehrfachem Kontakt mit einer Medienbotschaft. Die Stärke der Medienwirkungen ist in der Regel schwach oder moderat und in der Summe schwächer als der Effekt einer medizinischen Intervention ($r_{Medien} = .09$, $r_{Medizin} = .27$; Perse, 2008). Andererseits erreichen und beeinflussen die Medien potenziell eine Vielzahl an Personen. Aus ethischen Gründen wird in kommunikationswissenschaftlichen Arbeiten häufig nicht tatsächliches Verhalten untersucht, sondern hypothetisches oder intendiertes Verhalten, Meinungen, Einstellungen oder Wahrnehmungen. Auch aufgrund dieser Annäherungen an die Realität sind geringere Effektstärken grundsätzlich zu erwarten. Wenn diese Annäherungen an existierende

[7] Eine ausführlichere Diskussion über die Unterschiede bei der Erfassung von Suiziden und deren Folgen (Barraclough, Sheperd & Jennings, 1977; Cantor, 2000, S. 9–10; Stack, 2000b, S. 152) findet sich bereits in der Pionierarbeit von Phillips (1974, S. 348–350).

Medienwirkungen dann, wie im Fall von Suiziden, nur an einem Teil des Phänomens Suizidalität untersucht wurden, ist es plausibel anzunehmen, dass die zugrunde liegende Medienwirkung bisher unterschätzt wurde. Es ist schließlich denkbar, dass neben Einflüssen auf tatsächliche Nachahmungssuizide Suiziddarstellungen in den Medien auch dazu führen, dass sich individuelle Einstellungen, Meinungen, Normvorstellungen oder (z. B. Risiko-) Wahrnehmungen verändern und daher die Summe der Medienwirkungen tatsächlich höher ist, als bisher nachgewiesen. Das enge Begriffsverständnis von Suizidalität kann also die tatsächliche Tragweite der Auswirkungen von Suiziddarstellungen auf das Publikum bislang verstellt haben. Studien, die ein breiteres Begriffsverständnis anwenden, belegen, dass Medienwirkungen auch jenseits einer Fokussierung auf tatsächliche Suizide existieren (vgl. Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al., 2007; Dunlop et al., 2011; Fu, Chan & Yip, 2009; Fu & Yip, 2007; Stack et al., 2014; Williams et al., 1987). Kognitive und emotionale Wirkungen von Suiziddarstellungen auf Einstellungen, Normvorstellungen, Gedanken oder Handlungsintentionen (z. B. Suizidpläne) würden von einer viel größeren Tragweite suizidaler Medienwirkungen zeugen.

1.2.2 Ausblenden von Rezipienteneigenschaften

Depressionen (vgl. Kapitel 2.2) zählen zu den wichtigsten individuellen Eigenschaften, die sowohl mit Suizidalität als auch mit bestimmten Medieninhalten und spezifischem Mediennutzungsverhalten (vgl. Kapitel 4) verbunden sind. Diese werden allerdings bisher in viel zu geringem Umfang bei der Erklärung des Werther-Effekts berücksichtigt. Im Gegensatz zum bisherigen kommunikationswissenschaftlichen Verständnis von Nachahmungssuiziden sind Depressionen in der Suizidforschung eine wichtige Voraussetzung für Suizidalität (vgl. Kapitel 2.1.2; insb. Abbildung 3). Depressionen werden in der psychiatrischen Diagnostik als affektive Störung klassifiziert (vgl. Kapitel 2.2.1), deren Symptome auf verschiedenen Ebenen angesiedelt werden können (emotional, kognitiv, behavioral; vgl. Kapitel 2.2.4). Dementsprechend überschneiden sich die Symptome von Depressionen mit den Wirkungsbereichen fiktionaler und non-fiktionaler Medieninhalte, die ebenfalls eng mit der Regulation von Emotionen (Bartsch, Vorderer, Mangold & Viehoff, 2008; Friedman, Gordis & Förster, 2012; Schramm & Wirth, 2008), sozialen Vergleichen mit Figuren aus den Medien (Hawkins, Richards, Granley & Stein, 2004; Nabi & Keblusek, 2014, S. 213–214) und/oder handlungsrelevanten Realitätsvorstellungen (Caputo & Rouner, 2011; Dunlop, Wakefield & Kashima, 2008; Egbert, Miraldi & Murniadi, 2014; Nabi & Keblusek, 2014) verbunden sind. Interaktionseffekte zwischen Mediennutzung und Depressionen sind daher nicht unwahrscheinlich und können entscheidend dazu beitragen, dass das gegenwärtige Verständnis von Medien und Suiziden differenzierter als bisher betrachtet wird. Letztlich spiegeln die

Mediendarstellungen von Suiziden selbst wider, dass Rezipientenmerkmale zu selten thematisiert werden: Boudry (2008, S. 62–63) kritisiert beispielsweise, dass nur in 7 bzw. 15% der Suiziddarstellungen in US-Tageszeitungen im Jahr 1993 bzw. 2003 psychische Störungen im Zusammenhang mit Suiziden thematisiert werden – diese Zahlen entsprechen bei Weitem nicht den Schätzungen zur Prävalenz psychischer Störungen im Zusammenhang mit Suiziden, die auf über 90% beziffert werden (vgl. Kapitel 2.3).

1.2.3 Defizitärer Umgang mit Forschungsbefunden

Pirkis und Blood (2010b, S. 2) identifizieren insgesamt über 95 englischsprachige Studien, die bis zum Jahr 2010 zu den Zusammenhängen zwischen Suiziddarstellungen in aktuellen Nachrichtenmedien und suizidalen Verhaltensweisen publiziert wurden. Nur ein kleiner Teil (15 von 97 Studien) analysiert dabei überhaupt Zusammenhänge auf individueller Ebene (Pirkis & Blood, 2010b, S. 3), obwohl gerade individuell verschiedene Rezipienteneigenschaften, wie beispielsweise Depressionen, wichtige Erklärungsansätze liefern könnten. Die meisten Literaturübersichten (Gould, 2001; Pirkis & Blood, 2001a, 2001b, 2010b; Scherr, 2013; Sisask & Värnik, 2012) und Meta-Analysen (Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012; Stack, 2000a, 2005, 2009) deuten darauf hin, dass Suizidberichte und fiktionale Suiziddarstellungen tatsächlich Nachahmungssuizide auslösen können. Gleichzeitig hat sich in den letzten Jahren die Perspektive auf Medienwirkung vergrößert: Gerade in jüngerer Zeit mehren sich Hinweise auf eine umgekehrte Wirkungsrichtung, also ein Rückgang an Suiziden als Folge *bestimmter* Medienberichte. Diese Perspektive wurde als Papageno-Effekt bezeichnet (Niederkrotenthaler et al., 2010; Ruddigkeit, 2010; Schäfer & Quiring, 2013b). Dabei ist die Vorstellung einer allenfalls dichotomen Medienwirkung vorherrschend: Suizidberichte führen demnach zu zusätzlichen Suiziden oder verhindern diese. Ebenso gut kann ein Wirkungskontinuum angenommen werden (Scherr & Steinleitner, 2015), wenn man neben vollendeten Suiziden auch Suizidgedanken, -versuche oder -pläne als Bestandteile von Suizidalität begreift (vgl. Kapitel 2.1.2; insb. Abbildung 4). Ferner gibt Hittner (2005, S. 197–198) zu bedenken, dass eine Erklärung dafür, dass viele Studien zum Werther-Effekt keine einheitlichen Befunde fördern, nur schwer ermittelt werden kann, da viele Studien methodisch und statistisch nicht gut vergleichbar sind (Hittner, 2005, S. 198; Pirelli & Jeglic, 2009).

Der bisherige Umgang mit Forschungsbefunden spricht auch dafür, dass neuere theoretische Entwicklungen aus der suizidologischen Forschung noch nicht stark genug rezipiert wurden und die Wirkungsbedingungen und -prozesse auf Individualebene dementsprechend noch weitgehend verschlüsselt sind (vgl. Kapitel 3).

Schließlich konnten bisher auch noch keine genaueren Aussagen über kausale Abläufe getroffen werden – ein weiterer blinder Fleck in den Forschungsbefunden.

1.2.4 Verengter Blick auf Medieninhalte

Bei der Erforschung des Werther-Effekts standen bisher in erster Linie Darstellungen der Suizide von Prominenten, Politikern oder Entertainern im Fokus (Baker, 1988; Kim et al., 2013; Niederkrotenthaler, Till, Kapusta et al., 2009; Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012; Stack, 1987), obwohl diese in den Medien nicht sehr häufig vorkommen. Außerdem wird auch nur über einen geringen Anteil der Suizide in der Gesellschaft berichtet (Au, Yip, Chan & Law, 2004; Weimann & Fishman, 1995) und nur besonders reichweitenstarke Medien stehen im Fokus der Forschung. Fiktionale Suizidvorbilder werden dagegen insgesamt seltener erforscht, obwohl fiktionale Programmangebote bei den reichweitenstärksten deutschen Fernsehsendern im Jahr 2013 knapp 40% der Sendezeit ausmachten (Krüger, 2014, S. 237). Zudem findet Mediennutzung auch in großem Umfang zur Entspannung und Unterhaltung statt (Ridder & Engel, 2010). Es drängt sich deshalb die Frage auf, welchen Stellenwert diese Medieninhalte für suizidale Personen haben oder welche Rolle verschiedene Medien im Alltag depressiver Personen einnehmen und welchen Einfluss verschiedene Medieninhalte auf den Verlauf von Depressionen als Indikator für Suizidalität haben können. Reinemann und Scherr (2011, S. 91) werfen deshalb die Frage auf, inwiefern „die Berichterstattung über Unfälle, Kriege und Katastrophen, aber auch die fiktionale Darstellung von Reichtum, Jugend, Schönheit, Schicksalsschlägen und Verlusten, Gedanken an Hoffnungslosigkeit, Erlösung oder ein abruptes Ende unterstützt“ oder umgekehrt auch positive Funktionen für den Einzelnen haben kann. Der Blick auf eine breitere Palette an subjektiv relevanten Medienangeboten erscheint bei der Erforschung von Nachahmungssuiziden bisher jedenfalls noch verstellt. In diese Richtung denkt auch Hittner (2005, S. 198–199), der die Frage aufwirft, welchen Einfluss unterschiedliche (intendierte oder unintendierte) Darstellungsformen derselben Suizidfälle auf den Werther-Effekt haben können (z. B. hinsichtlich der Glorifizierung des Suizids oder bezüglich der genannten Details). Auch das Framing suizidbezogener Inhalte, wo die Forschungsbemühungen noch weitgehend überschaubar sind (vgl. Richards, Gillespie & Smith, 2013), wird dabei häufig ausgeblendet. Erste Inhaltsanalysen, in denen allerdings noch die beschriebene enge inhaltliche Perspektive eingenommen wird, liegen bereits vor (Gould et al., 2007).

1.2.5 Vernachlässigung von Rezeptionsphänomenen

Bei der Erklärung des Werther-Effekts kommen die zugrunde liegenden Mechanismen für Suizidalität, aber auch für die Mediennutzung bisher zu kurz. Dabei stehen zahlreiche Erklärungsansätze aus der Medienwirkungsforschung in engem Bezug zu menschlichen Emotionen, Kognitionen und Verhaltensweisen, die es erlauben würden, die bisherigen Erklärungspfade zu verlassen und jenseits von Suggestionsthesen oder lerntheoretischen Vermutungen nach Erklärungen zu suchen (vgl. Kapitel 3.3). Viele der Beobachtungen aus der Medienwirkungsforschung sind dabei inhaltlich eng mit dem Krankheitsbild von Depressionen verbunden (vgl. Kapitel 4), wie beispielsweise eine negativ verzerrte Wahrnehmung der Realität (Everaert, Koster & Derakshan, 2012; Gilboa & Gotlib, 1997; Lau, 1985; Meffert, Chung, Joiner, Waks & Garst, 2006; Pratto & John, 1991) oder die Tendenz zur Verallgemeinerung von Einzelbeobachtungen (Carver & Ganellen, 1983; Epstein, 1992; Zillmann & Brosius, 2000). Es erscheint aus kommunikationswissenschaftlicher Sicht gewinnbringend, Rezeptionsphänomene stärker als bisher als Vulnerabilitätsfaktor für Suizidalität zu berücksichtigen. Gerade hinsichtlich der Wahrnehmung von Medieninhalten und deren Verarbeitung sind Interaktionseffekte abzusehen. Erste Studienbefunde stützen diese Einschätzung empirisch (Pouliot, Mishara & Labelle, 2011). Hittner (2005, S. 199) spricht in diesem Zusammenhang von „qualitativen Faktoren“, wie der Wahrnehmung der Personen in den Suizidberichten (z. B. Attraktivität, Macht, Bekanntheitsgrad, Persönlichkeitsmerkmale) oder Prädispositionen und Eigenschaften der Rezipienten selbst (z. B. Depressivität, Angst, Pessimismus, Konformität; vgl. auch Gould, 2001, S. 212–213). Er nennt aber auch das Mediennutzungsverhalten der Rezipienten (Umfang der Nutzung, regelmäßig genutztes Medienrepertoire), das im Rahmen von multivariaten Analysen zu selten berücksichtigt wird.

2 Begriffsdefinitionen und Modellvorstellungen von Suizidalität und Depression

Suizide sind keine Krankheit, sie sind eine vielschichtige Begleiterscheinung vor allem von psychischen, insbesondere affektiven Störungen (Maris, 2002, S. 319, 322). Daher werden Suizide und Depressionen in diesem Kapitel gemeinsam besprochen. Der Aufbau der ersten beiden Teile des Kapitels beginnt jeweils mit einer Definition zentraler Begriffe, anschließend werden wichtige Modellvorstellungen besprochen und abschließend werden jeweils die Verbindungslinien zu anderen Einflussgrößen aufgezeigt, die hier von zentraler Bedeutung sind. Shneidman (1996, S. 6) betont, dass „the best route to understanding suicide is not through the study of the structure of the brain, nor the study of social statistics, nor the study of mental diseases, but directly through the study of human emotions". In der vorliegenden Arbeit stehen daher insbesondere die Verbindungslinien zwischen affektiven Störungen und Suizidalität im Mittelpunkt (van Heeringen & Marušič, 2003, S. 282). Es werden gleichermaßen kognitive und affektive Prozesse fokussiert, die im Rahmen von Suizidalität und Depressionen eine entscheidende Rolle spielen und daher auch im medialen Kontext berücksichtigt werden sollten.

2.1 Suizide und Suizidalität

Nach WHO-Angaben sterben jährlich etwa eine Million Menschen durch Suizid (Hawton & van Heeringen, 2009). Schätzungen zufolge werden es bis zum Jahr 2020 jährlich 1.5 Millionen Menschen sein, und zusätzlich wird es schätzungsweise zwischen 15 und 30 Millionen Suizidversuche geben (Collins et al., 2011, S. 27). Andere Autoren schätzen die Zahl der jährlichen Suizidversuche sogar noch höher, nämlich auf zwischen 20 und 50 Millionen (Wolfersdorf & Franke, 2006). In den jüngeren Bevölkerungsgruppen sind Suizide nach Unfällen weltweit die zweithäufigste Todesursache (Hawton et al., 2012). Der Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes zufolge waren 3.8% aller Todesfälle im Jahr 2012 nicht auf eine natürliche Ursache zurückzuführen (sondern beispielsweise auf Vergiftungen oder Verletzungen) – ein Drittel davon waren Suizide. Somit nahmen sich im Jahr 2012 9.890 Personen das Leben. Die Suizidrate ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen und nimmt für beide Geschlechter mit dem Alter zu (Wolfersdorf, 2006, S.

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_2,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

289). Suizidversuche nehmen im Verhältnis dazu mit steigendem Alter eher ab (Stoppe, 2008, S. 407; vgl. Maris, Berman & Silverman, 2000, S. 167). Bei älteren Personen wird der Wunsch zu sterben oder die Verweigerung lebenserhaltender Maßnahmen oftmals sogar als nachvollziehbar empfunden, weshalb letztlich auch bei der Diagnose Fälle von Suizidalität im Alter leichter übersehen werden können (Stoppe, 2008, S. 407). Suizide sind ein weltweites gesellschaftliches Problem, dessen Prävention und Ursachenerforschung eine wichtige wissenschaftliche und gesellschaftliche Aufgabe darstellt, dem sich auch die Kommunikationswissenschaft verpflichtet sehen muss,[8] denn Medienberichterstattung ist – wie bereits beschrieben – ein anerkanntermaßen wichtiger Risikofaktor für Suizide (Hawton & Simkin, 2003; Lewiecki & Miller, 2012; Pitman, Krysinska, Osborn & King, 2012; Yip et al., 2012). In der vorliegenden Arbeit wird Suizidprävention explizit als ein Teil der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Suizidalität angesehen, in der auch Medien eine feste Untersuchungsgröße darstellen (Collings & Niederkrotenthaler, 2012; Crane, Hawton, Simkin & Coulter, 2005; De Leo & Evans, 2004, S. 82; 130-131; Diekstra, Maris, Platt, Schmidtke & Sonneck, 1989; O'Connor, Platt & Gordon, 2011; Schmidtke & Schaller, 2000; Sisask & Värnik, 2012; Till, Voracek et al., 2013; Westerlund, Schaller & Schmidtke, 2009). Die Forschung zu Suizidalität verfolgt das Ziel, explizite oder implizite Schlussfolgerungen für die Suizidprävention abzuleiten. Die Suizidologie schließt grundsätzlich Suizide, Suizidversuche, Suizidgedanken und in einem weiteren Sinne auch suizidbezogene Gedanken und Handlungen sowie intentionale Selbstverletzungen und andere selbstdestruktive bzw. auto-aggressive Einstellungen und Handlungen ein. Dabei sind Suizide „just the tip of the proverbial self-destructive iceberg" (Maris et al., 2000, S. 4). Die Forschung umfasst eine Vielzahl spezifischer Fragestellungen nach der Relevanz des Alters, Geschlechts, des ethischen Hintergrunds, des Anstellungsverhältnisses einer Person, der psychischen und physischen Gesundheit, des sozialen Umfelds, nach der Relevanz von Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, lebensbedrohlichen oder unheilbaren Krankheiten wie z. B. AIDS, der Relevanz von Schusswaffenverordnungen, jahreszeitlichen Schwankungen, Sterbehilfe und vielen weiteren Faktoren (Maris et al., 2000, S. 11). Die Risikofaktoren für Suizide sind mittlerweile gut erforscht und zeigen länderübergreifend konsistente Muster. Die Erfassung und Vorhersage von Suiziden ist mithilfe etablierter und gut getesteter Instrumente (vgl. Beck, Steer & Brown, 1996; Pöldinger, 1968) prinzipiell möglich. Gleichzeitig ist auch das Wissen über protektive Faktoren für Suizidalität angewachsen.

Trotz all dieser Entwicklungen sieht Maris (2002, S. 319) eine fehlende Nomenklatur (vgl. dazu auch O'Carroll et al., 1996) als eine der größten Hürden bei der

---

8 Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Suiziden und Suizidprävention bildet nach Maris, Berman und Silverman (2000, S. 4) den Kernbereich der Suizidologie. Im Zentrum steht die Erforschung suizidaler Handlungen, Gedanken und Gefühle, die einer psychologischen Forschungstradition folgt (Maris, Berman & Silverman, 2000, S. 4).

Erforschung von Suiziden, einschließlich einer „classification procedure for suicidal acts, with operational definitions and reliable, valid measurements of key terms". Die fehlende Einheitlichkeit bei der Verwendung von Begriffen und die fehlende einheitliche Definition von Suiziden führen dazu, dass die Befunde verschiedener Studien nur schwer aufeinander bezogen werden können.[9] Es ist daher wichtig, die einzelnen Untersuchungsgegenstände der Suizidologie definitorisch voneinander abzugrenzen, was in den folgenden Abschnitten geschieht. Mit weit verbreiteten und akzeptierten Definitionen im Bereich der Suizidologie kann letztlich der Gefahr von Pauschalisierungen und Generalisierungen suizidbezogener Handlungen entgegengewirkt werden. Auch für diese Arbeit besteht das Risiko, von Suizid zu sprechen, wo de facto kein Suizid stattgefunden hat, sondern beispielsweise verstärkte Suizidgedanken beobachtet wurden. Daher wird in der vorliegenden Arbeit bevorzugt der übergeordnete Begriff Suizidalität verwendet, der verschiedene suizidbezogen Phänomene einschließt. Die Definition der Begriffe Suizid, suizidale Verhaltensweise und Suizidalität soll die Konzepte beschreiben und sie nicht erklären (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll & Joiner, 2007b, S. 275). Die Erklärung findet anschließend im Rahmen der Beschreibung verschiedener Ursachenmodelle statt.

2.1.1 Definition von Suizid, suizidalen Verhaltensweisen und Suizidalität

Um für die vorliegende Arbeit ein einheitliches Begriffsverständnis zu schaffen, werden die Definitionen aus zentralen Publikationen herangezogen, die als Konsenspapiere in diesem Forschungsbereich anzusehen sind (Bertolote & Wasserman, 2009; Bronisch & Wolfersdorf, 2012; O'Carroll et al., 1996, Silverman et al., 2007b, 2007a; Wolfersdorf, 2008a, S. 1321). So definiert beispielsweise Wolfersdorf Suizidalität als „die Summe aller Denk-, Verhaltens- und Erlebensweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf nehmen" (2008a, S. 1321). Dieses Begriffsverständnis entspricht gegenwärtig dem „state of the art" in der Suizidologie und differenziert die zentrale abhängige Variable dieser Untersuchung bei Weitem genauer aus, als dies in den bisherigen kommunikationswissenschaftlichen Untersuchungen zum Werther-Effekt der Fall war (vgl. Kapitel 1.2.1). Wolfersdorf (2008a, S. 1321) widmet sich

[9] Das grundlegende Problem fehlender einheitlicher Definitionen und Operationalisierung von Konstrukten ist auch in der Kommunikationswissenschaft von hoher Brisanz, weshalb beispielsweise in der politischen Kommunikation in den letzten Jahren eine Vereinheitlichung zentraler Kernkonzepte angestrebt wurde (vgl. zur Definition und Operationalisierung von Hard und Soft News sowie weitere Konzepte in einem Special Issue der Zeitschrift beispielsweise Reinemann, Stanyer, Scherr & Legnante, 2012).

explizit dem Phänomen Suizidalität und umreißt es mit einigen zentralen Eigenschaften:

- Suizidalität tritt „häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung“ auf.
- Suizidalität ist „ein komplexes Geschehen aus Bewertung der eigenen Person, der Wertigkeit in und von Beziehungen, aus Einschätzung von eigener und anderer Zukunft, [und] der Veränderbarkeit eines Zustandes“ aus dem subjektiven Erleben der Personen heraus.
- Die Motivation zur Suizidalität ist vielschichtiger Natur (appellativ, manipulativ-instrumentell, altruistisch, auto- oder fremdaggressiv) und führt zu zahlreichen Suizidtypen (erweiterter Suizid[-versuch], Massensuizid, Geisterfahrersuizid [„murder suicide“], Terroristensuizid, Suicide by Cop [SBC; Stack, Bowman & Lester, 2012]; vgl. Wolfersdorf, 2008a, S. 1323)
- „Suizidalität ist bewusstes Denken und Handeln“ mit dem Ziel der Veränderung anderer Personen, der eigenen Umwelt, oder „sich selbst in der Beziehung zur Umwelt“.
- Suizidalität drückt in der Regel keine Freiheit aus, sondern die „Einengung durch objektiv und/oder subjektiv erlebte Not, durch psychische und/oder körperliche Befindlichkeit bzw. deren Folgen“.

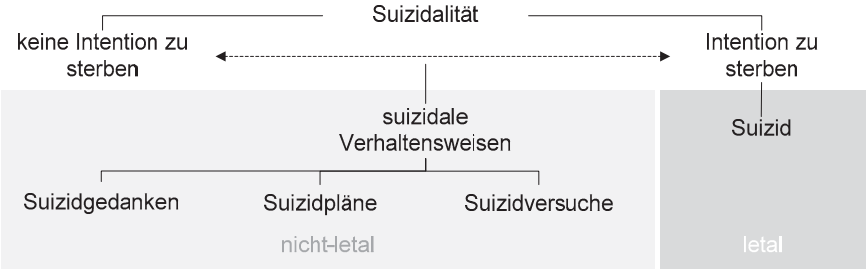
Im Gegensatz zu dieser Verdichtung existierender Definitionen unter dem Dach des Begriffs Suizidalität gibt es auch davon abweichende Differenzierungsvorschläge. Beispielsweise identifiziert Marušič (2004) drei Komponenten (die Intention [ja-nein], den selbstzerstörerischen Akt [ja-nein] und den Tod [ja-nein]), die bei der Definition von Suizid und Suizidversuch gegeben oder nicht gegeben sind. Daraus lassen sich zwei nicht-suizidale und sechs Zustände mit unterschiedlich hoher Suizidalität definieren („Suizidideen, Suizidversuch, freiwillige Selbstschädigung mit oder ohne tödliche[m] Ausgang, vollendeter Suizid und Euthanasie“; Bronisch & Wolfersdorf, 2012, S. 44). Insbesondere eine detaillierte Differenzierung der Intention, die einer suizidalen Verhaltensweise zugrunde liegt, ist in der empirischen Praxis nur schwer umzusetzen, weil diese selten eindeutig bestimmt werden kann und sich der wissenschaftlichen Beobachtung und Überprüfung entzieht (vgl. Bronisch & Wolfersdorf, 2012, S. 44; De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof & Bille-Brahe, 2006, S. 10). In der europaweiten Studie wurden beispielsweise 14 verschiedene Intentionen für suizidale Verhaltensweisen abgefragt. Es wurde gezeigt, dass die Intention für Suizidalität vielschichtig und multikausal ist (Schmidtke, Bille-Brahe, De Leo & Kerkhof, 2004). Daher ist eine Differenzierung nach *der* Intention zu sterben nicht pauschal möglich. Neben den genannten Ansatzpunkten gibt es außerdem Differenzierungen des Aktivitätsgrades des Suizids (aktive Suizidhandlung oder Unterlassen einer Verhinderung des eigenen Todes), die Abgrenzung verschiedener Subtypen von Suiziden, bemessen an den zugrunde liegenden Moti-

ven für den Suizid (z. B. der Suizid aus Rache, Suizid als Flucht usw.), Differenzierungen der medizinischen Letalität (die aus medizinischer Sicht abgeschätzte Wahrscheinlichkeit zu sterben) sowie weitere sozioepidemiologische Variablen (wie z. B. Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Methode, berufliche Situation usw.) (Maris, 2002, S. 319).

Die Begriffssystematik und die entsprechenden Formulierungen der vorliegenden Untersuchung basieren schließlich auf der Publikation von Nock et al. (2008, S. 134). Suizide werden demnach als ein Akt der intentionalen Beendigung des eigenen Lebens definiert. Davon können nicht-letale, suizidale Verhaltensweisen abgegrenzt werden, die sich im Grad ihrer Intentionalität zu sterben unterscheiden. Suizidale Verhaltensweisen können weiter in Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche unterteilt werden. Suizidgedanken beschreiben die Gedanken an ein suizidbezogenes Verhalten, das das Ziel hat, das eigene Leben zu beenden. Dabei kann der Grad der Suizidintention variieren. Suizidpläne sind im Gegensatz zu Suizidgedanken spezifischer und von höherer Intentionalität geprägt: Sie können als eine methodenspezifische Form von Suizidgedanken verstanden werden, die mit einer deutlichen Intention zu sterben verbunden ist. Mit Suizidversuchen sind alle potenziell selbstverletzenden Handlungen gemeint, die von einer unterschiedlich starken Intention zu sterben angetrieben sind.[10] In der vorliegenden Arbeit werden alle diese Begrifflichkeiten unter dem Überbegriff Suizidalität subsumiert, der demnach unterschiedlich intendierte, letale und non-letale suizidale Verhaltensweisen und Suizide einschließt. Die verschiedenen Begriffsdefinitionen lassen sich anhand zentraler Eigenschaften systematisieren, was in Abbildung 2 überblicksartig dargestellt wird.

[10] Suizidale Verhaltensweisen werden in der akademischen Forschung oftmals in Abgrenzung zu nicht-suizidalen selbstverletzenden Handlungen betrachtet („non-suicidal self-injury"; NSSI; vgl. Kapusta [2012]). De Leo (2011) und Kapusta (2012, S. 2) weisen darauf hin, dass eine solche Differenzierung unter anderem dazu führen kann, dass suizidale Handlungen leichter als nicht-suizidal missklassifiziert werden können und ferner die Begrifflichkeit zur Stigmatisierung von Personen beiträgt, die so bezeichnet werden. NSSIs stehen nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit und werden daher nicht näher besprochen.

Abbildung 2. Begriffliche Differenzierung zwischen Suizidalität, suizidalen Verhaltensweisen und Suizid



Anmerkung. Eigene Darstellung in Anlehnung an Nock et al. (2008, S. 134).

Die Definition von Suizidalität beinhaltet in der Literatur außerdem eine Prozessperspektive (Bertolote & Wasserman, 2009, S. 89). Demnach folgen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und schließlich der Tod durch Suizid aufeinander. Die Modellvorstellung, wonach die einzelnen Elemente, die unter dem Begriff Suizidalität zusammengefasst wurden, einzeln in eine zeitliche Abfolge zueinander gebracht werden, erscheint auf den ersten Blick plausibel, ist allerdings nur äußerst schwierig empirisch überprüfbar. Einerseits kommen die einzelnen Elemente von Suizidalität unterschiedlich häufig in der Gesellschaft vor und andererseits hängen die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Elementen von Suizidalität kulturell von verschiedenen prädisponierenden und präzipitierenden (auslösenden) Faktoren ab. Dazu lassen sich geschlechterspezifische Unterschiede betrachten, und zwar insofern als Suizidgedanken bei Frauen seltener einen Suizid zur Folge haben (Bertolote & Wasserman, 2009, S. 89). Der Hauptfokus dieser Arbeit liegt allerdings nicht auf dem Prozesscharakter von Suizidalität, sondern auf den Verbindungslinien und Einflussstrukturen zwischen Depressionen, Medien und Suizidalität. Dabei soll vor allem ein weiter gefasstes Begriffsverständnis von Suizidalität dazu beitragen, den Stellenwert der unterschiedlichen Nutzung verschiedener Medieninhalte als suizidauslösenden Faktor ausdifferenzierter zu betrachten. Dabei sollen auch Depressionen als wichtige Prädisposition für Suizidalität erstmals differenzierter betrachtet werden.

2.1.2 Modellvorstellungen von Suizidalität

Nach Wolfersdorf (2008a, S. 1326) gibt es grundsätzlich zwei verschiedene Modelltypen, mit denen Suizidalität erklärt wird: Ätiologische Modelle und Entwicklungsmodelle. Während ätiologische Modelle den Fokus auf die Ursachen von Suiziden legen, versuchen Entwicklungsmodelle „unabhängig von der jeweiligen Ätiologie eines Geschehens den Weg von einem auslösenden Ereignis zu einer suizidalen Handlung" (Wolfersdorf, 2008a, S. 1326) zu erklären. Beide Typen von Modellen für Suizidalität werden im Folgenden besprochen. Die Auswirkungen von Suizidalität können grundsätzlich auf kognitiver und/oder auf emotionaler Ebene angesiedelt werden.

Ätiologische Modelle von Suizidalität

Ätiologische Modelle fokussieren die Ursachen und die Entstehung für Suizidalität und beruhen daher auf weltweit stabil beobachtbaren, epidemiologischen Befunden zu den wichtigsten Prädiktoren von Suizidalität. Anhand dieser Befunde lassen sich Risikogruppen für Suizidalität ermitteln. Dies sind nach Wolfersdorf (2008a, S. 1325) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für eine erhöhte Suizidalität:[11]

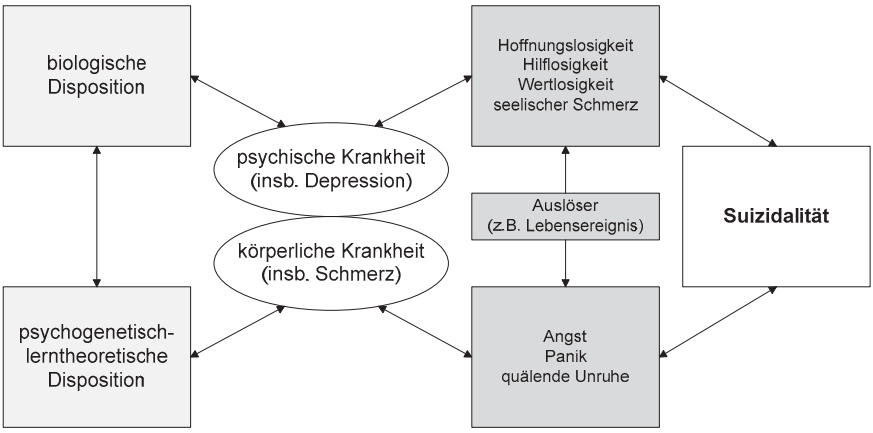
- Personen mit psychischen Erkrankungen, allen voran Depressionen
- Menschen mit suizidaler Vergangenheit (z. B. Suizidversuch, Suizidankündigung)
- Alte Menschen mit Tendenz zur Vereinsamung, psychischer oder körperlicher Erkrankung
- Junge Erwachsene mit Beziehungs- oder Entwicklungskrisen, familiären oder ausbildungsbezogenen Problemen
- „Menschen in traumatisierenden Situationen und Veränderungskrisen"
- Menschen mit chronischen, körperlichen oder lebenseinschränkenden Erkrankungen oder Schmerzen

Neben diesen genannten Faktoren finden sich in der umfangreichen Forschungsliteratur zahlreiche weitere Risikofaktoren für Suizidalität, die empirisch bestätigt wurden (vgl. Bhui, Chalangary & Jones, 2013, S. 6; O'Connor & Nock, 2014, S. 31). Vor dem Hintergrund des Werther-Effekts, der den Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit bildet, werden insbesondere die Risikofaktoren betrachtet, die sich im Zusammenhang mit Anhäufungen von Suiziden und mit Depressionen herauskristallisierten. Der Anteil derjenigen, die zum Zeitpunkt ihres Suizids unter einer affek-

[11] Eine wesentlich umfangreichere Übersicht über Risikofaktoren von Suizidalität findet sich bei Wolfersdorf (2008b, S. 24) und auch bei van Orden et al. (2010, S. 578–579).

tiven Störung gelitten haben, wird nämlich in der Allgemeinbevölkerung auf 44% geschätzt (Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wasserman, 2004, S. 149; Wolfersdorf, 2008a, S. 1325). Zusammenfassend sind also „Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere mit depressiven Erkrankungen" (Wolfersdorf, 2008a, S. 1326), sowie bereits suizidale Personen besonders suizidgefährdet. Für diese Risikogruppen lassen sich zahlreiche Faktoren ermitteln, die sich auf den lebensgeschichtlichen Hintergrund, die genetisch-biologischen Voraussetzungen sowie auf soziologische oder sozialpsychologische Aspekte der Lebenssituation beziehen lassen. Der Fokus der ätiologischen Modelle liegt entweder auf einer akut vorliegenden Krise (z. B. Ehekrise) und ihren primären Folgen, die dann zur Ursache erhöhter Suizidalität werden können (z. B. Unruhe, Schlafstörungen, Depression, Wut, Aggression, Verzweiflung), oder auf der einer Krise zugrunde liegenden Krankheit (z. B. eine Depression, Sucht) und dispositionellen Faktoren (z. B. Impulskontrolle, Auto-Aggressionsniveau, körperliche Krankheit oder Schmerz, Hoffnungs- oder Wertlosigkeit, Angst, Panik, Unruhe). Einen zusammenfassenden Überblick zur ätiologischen Erklärung von Suizidalität nach Wolfersdorf (2008a, S. 1327) mit den genannten Faktoren findet sich in Abbildung 3. Die grundlegende Vorstellung des Modells entspricht demnach der eines Vulnerabilitäts-Stress-Modells: Ausgehend von Vulnerabilitätsfaktoren, die auf verschiedenen Ebenen liegen können (z. B. biologisch, psychogenetisch, sozial), liegt der Fokus auf vermittelnden Einflussfaktoren (wie z. B. Depressionen) und auslösenden Umständen oder Lebensereignissen.

Abbildung 3. Ätiologisches Suizidalitätsmodell



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Wolfersdorf (2008a)

Maris (2002, S. 321) schlägt ein ätiologisches Modell vor, in dem die Ursachen für Suizidalität einer psychiatrischen, biologischen, persönlichkeitsbezogenen und sozioökonomischen Ebene zugeordnet werden, und stellt diesen suizidprotektive Faktoren gegenüber. Je nach den individuellen Risikofaktoren für Suizidalität und den entsprechenden, individuell verschiedenen protektiven Faktoren (u. a. kognitive Flexibilität, Problemlösungsstrategien im Alltag, soziale Unterstützung, funktionierende Partnerschaft; Maris, 2002, S. 321) kommt es im Lebensverlauf zu Phasen erhöhter Suizidalität, die bis zum Suizid führen können. Die einzelnen Elemente können zudem stärker nach ihrem Einfluss auf die Suizidalität gewichtet werden. So zeigen beispielsweise Beck, Kovacs und Weissman (1975, S. 1147–1148), dass der Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression vor allem über Hoffnungslosigkeit als wichtige Drittvariable vermittelt wird. Hoffnungslosigkeit kann wiederum mit flexiblen kognitiven Strukturen im Zusammenhang stehen, die dafür verantwortlich sind, dass alternative Problemlösungen zum Suizid in Betracht gezogen werden (Maris, 2002, S. 320). Die Stärke des nur schwer vollständig überprüfbaren Modells (alleine der Zeithorizont des Modells erstreckt sich von der Geburt bis zum Tod) liegt sicherlich in der Verdeutlichung der vielfältigen und gleichzeitig verzahnten Ursachen für Suizidalität als einem multifaktoriellen Phänomen der sozialen Realität.

O'Connor und Nock (2014, S. 28) fassen daher zusammen, dass den meisten Modellen zu suizidalen Verhaltensweisen die Vorstellung eines Diathese-Stress-Modells zugrunde liegt (vgl. Mann, Waternaux, Haas & Malone, 1999, S. 185) mit besonderem Fokus auf kognitiven Prozessen (O'Connor & Nock, 2014, S. 28). Die grundsätzliche Modellvorstellung besteht darin, dass bestimmte individuelle Faktoren bzw. Prädispositionen für Suizidalität existieren (= Diathese), die durch externe Stressoren bei bestimmten Personen aktiviert werden und dann zu akuter Suizidalität führen. Zu den Faktoren können demografische, psychologische, psychiatrische, biologische und weitere Faktoren (z. B. Verfügbarkeit von Waffen, Zugang zu hochdosierten Medikamenten, chronische Krankheit, suizidale Familienhistorie, Jahreszeit) zählen (Nock et al., 2008, S. 145). Diese Sichtweise beruht wesentlich auf den Annahmen von Schotte und Clum (1987) sowie Mann, Waternaux, Haas und Malone (1999). Die Modellvorstellung wird dem tatsächlich komplexen Zusammenspiel aus verschiedenen individuellen und strukturellen Risikofaktoren und Umweltereignissen gerecht und zeigt zugleich Ansatzpunkte für Präventionsmaßnahmen auf (O'Connor & Nock, 2014, S. 28). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die theoretische Breite der Modelle für Suizidalität, die von O'Connor und Nock (2014) aufgezählt wurden, und nennt deren wichtigste Prämissen. Durch die in der Regel jeweils enge Perspektive können die meisten Modellvorstellungen von Suizidalität allerdings nicht erklären, warum die meisten Menschen mit Suizidgedanken sich selbst dann nicht das Leben nehmen, wenn eine Vielzahl an Risikofaktoren zusam-

mentrifft. Als Ausnahmen sind das interpersonale Suizidmodell (Joiner et al., 2009; van Orden et al., 2010) und das integrative motivational-volitionale Modell von Suizidalität (IMV) (O'Connor, 2011b) herauszuheben.

Tabelle 2.
Übersicht über zentrale Theorien zur Erklärung von Suizidalität

Suizidmodell	Autor(en)	Grundannahme
Kubistisches Suizidmodell	Shneidman (2008, S. 145–147)	Individueller Schmerz („psychache"), Unruhe und Druck führen zu einem erhöhten Suizidrisiko.
Diathese-Stress-Modell	Schotte und Clum (1987)	Kognitive Vulnerabilität beeinflusst den Zusammenhang zwischen Umweltstressoren und Suizidalität.
Eskapistisches Suizidmodell	Baumeister (1990)	Suizidalität resultiert aus einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit, negativem Affekt und einer Diskrepanz zwischen individuellen Erwartungen und realen Ereignissen, was als schmerzhaft empfunden wird. Folglich wird Suizidalität als Ausweg in Betracht gezogen.
Interpersonales Suizidmodell	Joiner, van Orden, Witte und Rudd (2009)	Suizidalität erwächst aus dem Gefühl der fehlenden Zugehörigkeit („thwarted belongingness"), dem Gefühl, anderen zur Last zu fallen („perceived burdensomeness"), und der erworbenen Fähigkeit zum Suizid („acquired capability").
Schematisches Appraisal-Modell der Suizidalität	Johnson, Gooding und Tarrier (2008)	Das Risiko für Suizidalität erwächst aus verzerrten kognitiven Schemata, verzerrter Informationsverarbeitung und verzerrten Bewertungssystemen.
Integratives motivational-volitionales Modell von Suizidalität	O'Connor (2011b)	Diathese-Stress-Modell, das die motivationsbezogenen und verhaltensaktivierenden Phasen der Suizidalität betont und damit den Weg von Suizidgedanken über eine zunehmende Intention zu sterben bis hin zum Suizid zeichnet.

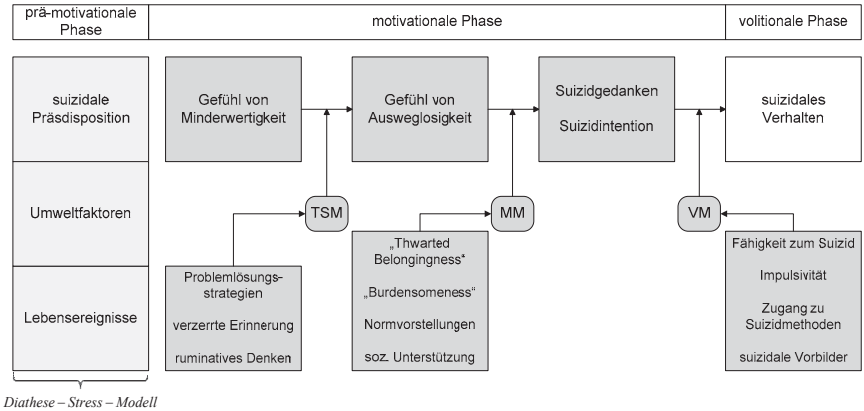
Anmerkung. Darstellung nach O'Connor und Nock (2014, S. 28).

In beiden Modellen wird der Wunsch zu sterben als notwendige, jedoch nicht hinreichende Voraussetzung für Suizidversuche angesehen. Die Fähigkeit, einen Sui-

zidversuch zu unternehmen, wird in beiden Modellen betont und dazu trägt insbesondere eine verminderte Angst vor dem Tod und eine erhöhte Schmerztoleranz bei (O'Connor & Nock, 2014, S. 29). Das Modell von Joiner, van Orden, Witte und Rudd (2009, S. 7) spricht für ein breiteres Verständnis von Suizidalität, wonach selbst suizidale Prädispositionen und entsprechende Umweltreize nicht zwangsläufig und bei jeder Person auch zu Suiziden führen, sondern weitere individuelle Faktoren, wie die Fähigkeit zum Suizid („capability for suicide") und der Wunsch zu sterben („desire for suicide") letale und nicht-letale Formen von Suizidalität voneinander differenzieren (vgl. O'Connor & Nock, 2014, S. 29).

Das integrative motivational-volitionale Modell von Suizidalität (IMV) umfasst insgesamt drei Phasen (prä-motivational, motivational, volitional) und unterscheidet dabei zwischen grundlegenden prä-motivationalen Faktoren (einschließlich Faktoren aus der sozialen Umwelt und Lebensereignissen; entspricht wesentlich der Vorstellung aus den Diathese-Stress-Modellen), motivationalen Faktoren (z. B. Gefühle von Minderwertigkeit, das Gefühl von Ausweglosigkeit) sowie Einflussgrößen, die einen negativen Einfluss auf den Selbstwert („threat to self moderators" [TSM], z. B. fehlende Problemlösungsfähigkeiten, verzerrte Erinnerungen, ruminatives Denken) bzw. auf die Herausbildung der Intention zum Suizid haben („motivational moderators" [MM], z. B. das Gefühl fehlender Zugehörigkeit [„thwarted belongingness"], das Gefühl, anderen zur Last zu fallen [„burdensomeness"], subjektive Normvorstellungen, soziale Unterstützung). Im Anschluss an die prä-motivationale und motivationale Phase, in welcher der Selbstwert und die suizidale Motivation durch verschiedene Moderatoren beeinflusst werden kann, kommt es schließlich zu Suizidgedanken und der Intention zu suizidalem Verhalten. Das Modell fasst diese Elemente als Voraussetzungen für suizidales Verhalten auf, dessen tatsächliche Ausführung schließlich von volitionalen Moderatoren (VM) abhängt (z. B. die Fähigkeit zum Suizid, Impulsivität, Zugang zu Suizidmethoden, suizidale Vorbilder). Die wesentlichen Modellbestandteile finden sich auch in theoretischen Modellen, die mit speziellerem Fokus, beispielsweise auf suizidales und selbstzerstörerisches Verhalten von Jugendlichen (Hawton et al., 2012, S. 2375) entwickelt wurden. Das beschriebene IMV-Modell ist in Abbildung 4 zusammengefasst.

Abbildung 4. Integratives motivational-volitionales Model von Suizidalität (IMV)



Anmerkungen. TSM = Threat to Self Moderators; MM = Motivational Moderators; VM = Volitional Moderators; Darstellung nach O'Connor (2011b, S. 184); englische Begriffe wurden aus Platzgründen verwendet.

Das Modell nach O'Connor (2011b) fasst Suizidalität grundsätzlich als eigenständiges Verhalten und nicht als das Ergebnis psychischer Störungen auf. Betrachtet werden verschiedene Ursachenbündel für Suizidalität. Diese sind drei verschiedenen (zeitlich aufeinanderfolgenden) Phasen zugeordnet. Wichtiger als der zeitliche Verlauf ist im Zusammenhang mit dem IMV-Modell allerdings das Verständnis von Suizidalität als Verhalten, das bewusst geplant ist und nicht ausschließlich psychische Störungen ausdrückt (O'Connor, 2011b, S. 185). Diese Auffassung deckt sich weitgehend mit den theoretischen Annahmen der Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1991; Rossmann, 2011). Eine offene Frage ist dabei, inwiefern Suizidalität als normales Verhalten im Sinne der TPB verstanden werden darf und inwiefern Prädispositionen wie Depressionen das Verhalten beeinflussen. Die TPB unterscheidet bei der Vorhersage von Verhalten ebenfalls zwischen motivationalen Phasen, in denen Einstellungen und die Intention zu einem Verhalten entwickelt werden, und volitionalen Phasen, in denen sich die Wahrscheinlichkeit für die tatsächliche Ausführung eines Verhaltens entwickelt. Diese Vorstellung deckt sich mit dem IMV-Modell, in dem ebenfalls kognitive und verhaltensbezogene Prozesse getrennt voneinander betrachtet und theoretisch so aufeinander aufgebaut werden, dass unterschiedliche suizidale Verhaltensweisen (Suizidversuch, Suizid, kein suizidales Verhalten) prognostiziert werden können (O'Connor, 2011a, S. 296). Inwiefern aus Suizidgedanken bzw. suizidbezogenen Kognitionen neben der Intention zu suizidalem Verhalten auch tatsächlich suizidales Verhalten erwächst, lässt sich mithilfe der

volitionalen Moderatoren (VM) erklären. Hier können auch medial vermittelte Suizidvorbilder im Rahmen von Nachahmungsprozessen im Zusammenspiel mit individuellen (z. B. Impulsivität) oder strukturellen Merkmalen (z. B. Zugang zu einer bestimmten Suizidmethode) ausschlaggebend sein. Auch in der TPB ist die Intention bzw. Motivation, ein bestimmtes Verhalten auszuüben, eine wichtige Triebfeder. Einstellungen, subjektive Normvorstellungen und die wahrgenommene Kontrolle des eigenen Verhaltens determinieren wiederum die Verhaltensintention. Verhaltensbezogene Einstellungen sind positive oder negative Evaluationen des eigenen Verhaltens und subjektive Normen nehmen Bezug zum sozialen Druck, der auf einer Person lastet und beeinflusst, ob ein bestimmtes Verhalten ausgeübt wird. Mit der Verhaltenskontrolle nimmt das Modell direkten Bezug zur sozialkognitiven Lerntheorie Banduras, und zwar speziell auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten („self-efficacy"; Selbstwirksamkeitserwartung). Nach Bandura steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein bestimmtes Verhalten ausgeübt wird, mit der wahrgenommenen Kontrolle darüber. Für die Erklärung von Suizidalität eignet sich die Vorstellung, die sowohl der Theory of Planned Behavior, dem IMV-Modell und der sozialkognitiven Lerntheorie nach Bandura zugrunde liegt besonders deshalb, weil die theoretischen Modelle zwischen Kognitionen und Verhalten unterscheiden und gleichzeitig differenzierte Vorhersagen über beide erlauben.

Aufgrund der zahlreichen Gemeinsamkeiten der am häufigsten verwendeten Theorien und Modelle zur Erklärung von gesundheitsbezogenem Verhalten (Glanz, Rimer & Viswanath, 2008, S. 32), wie der TPB (Ajzen, 1991), der sozialkognitiven Lerntheorie (Bandura, 2001) und dem Health Belief Model (Champion & Skinner, 2008), wurde eine Integration der zahlreichen Gemeinsamkeiten dieser Modelle angestrebt (Rossmann, 2011, S. 87). Und auch die grundlegende Vorstellung des integrativen Modells spiegelt sich deutlich im IMV-Modell wider. Alle genannten Theoriemodelle der Gesundheitskommunikation haben das Ziel, (gesundheitsbezogenes) Verhalten zu erklären, und können daher auch zur Erklärung von Nachahmungssuiziden herangezogen werden. Über die Verhaltensintention als eine dem Verhalten vorangehende Einflussgröße lassen sich in den Modellen sowohl kognitive Prozesse (z. B. verhaltensbezogene Einstellungen und subjektive Normen in der TPB) oder die wahrgenommene Verhaltenskontrolle in der TPB bzw. die Selbstwirksamkeit in der sozialkognitiven Lerntheorie[12]) als auch prinzipiell emotionsbezogene Prozesse integrieren (z. B. in Form affektiver Vorstellungen vom Verhalten oder affektiven Einstellungskomponenten; Rossmann, 2011, S. 89). Affektive Komponenten werden in den Modellen – wenn überhaupt – als Bestandteil von Einstellungen (vgl. Maio & Haddock, 2012) berücksichtigt. Ein weiterer wichtiger Aspekt, der im Rahmen der theoretischen Verdichtung der Modelle zu gesundheits-

[12] Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle entspricht eher dem wahrgenommenen Grad der Schwierigkeit, ein Verhalten auszuführen, während sich Selbstwirksamkeit auf das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten bezieht, dieses trotz widriger Umstände ausführen zu können (Rossmann, 2011, S. 88).

bezogenem Verhalten berücksichtigt wurde, geht über die Verhaltensintention hinaus: Für eine Handlung ist es dem integrativen Verhaltensmodell zufolge ebenso wichtig, überhaupt die Fähigkeit zu einer Handlung („skills") zu besitzen, wie zu beachten, welche äußeren Einschränkungen („environmental constraints") für eine Handlung existieren. Die Intention, ein Verhalten auszuführen, alleine genügt nicht, da das Verhalten auch davon abhängt, ob eine Person (z. B. körperlich, kognitiv) überhaupt dazu in der Lage ist und sich ferner über das Verhalten bewusst ist (was insbesondere bei sehr seltenem Verhalten schwierig ist; vgl. Montaño & Kasprzyk, 2008, S. 78). Außerdem berücksichtigt das integrative Modell äußere Einschränkungen des Verhaltens (z. B. Waffengesetze in einem Land, freiverkäufliche Höchstdosen von Medikamenten) und Gewohnheiten, die dazu beitragen können, dass ein Verhalten auch ohne spezielle Intention ausgeführt wird (Montaño & Kasprzyk, 2008, S. 78; Rossmann, 2011, S. 88).[13] Zusammenfassend ist also die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ein Verhalten in der Zukunft ausführt, dann am höchsten, „wenn sie die Intention hat, dies zu tun, wenn Wissen und Fähigkeit dies ermöglichen, wenn es keine ernsthaften Widerstände gibt, die sie daran hindern, wenn das Verhalten für sie bedeutsam ist und wenn sie das Verhalten früher schon einmal ausgeführt hat" (Rossmann, 2011, S. 90 mit Verweis auf Montaño & Kasprzyk, 2008, S. 78). Diese Modellauffassung deckt sich weitgehend mit den Vorstellungen des integrativen motivational-volitionalen Modells von Suizidalität (IMV). Einige Kritikpunkte an dem integrativen Verhaltensmodell lassen sich dagegen nicht auf das IMV-Modell übertragen. So kann man an dem integrativen Verhaltensmodell kritisieren, dass nur rational überlegtes Verhalten erklärt wird. Diese Kritik läuft beim IMV dagegen ins Leere, weil hier auch die Impulsivität berücksichtigt wird. Außerdem werden auftretende Emotionen in dem IMV-Modell nicht ausgeblendet. Betrachtet man das IMV-Modell im Zeitverlauf, so würden Suizidversuche als suizidale Handlung im Modell zu einem späteren Zeitpunkt als suizidale Präposition berücksichtigt werden, so dass die Kritik an der TPB oder dem integrativen Verhaltensmodell, dass nämlich vergangenes Verhalten späteres Verhalten beeinflusst, nicht greift. Ein weiterer Kritikpunkt ist in moralischen Verpflichtungen zu sehen, die Verhalten beeinflussen können und in der TPB bzw. dem integrativen Verhaltensmodell keine Rolle spielen, dagegen im IMV-Modell der Suizidalität (vgl. Abbildung 4) durch „thwarted belongingness" abgebildet sind. Diese Modellkomponente bezieht sich auf das Gefühl, anderen Menschen gegenüber verpflichtet zu sein.

[13] Der Aspekt der Gewohnheit spielt sicherlich eine bedeutsamere Rolle zur Erklärung von selbstverletzenden Verhaltensweisen („deliberate self-harm" [DSH] oder „deliberate self-injury" [DSI]).

Klassische Entwicklungsmodelle von Suizidalität

Neben den ätiologischen Modellen von Suizidalität, die die Ursachen und Entstehungsbedingungen von Suizidalität fokussieren, gibt es Entwicklungsmodelle, die mehr noch den Weg hin zu suizidalen Gedanken und/oder Handlungen beschreiben. Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere die Auffassung von Suizidalität als ein über die Zeit hinweg veränderlicher Prozess entscheidend, da sie es erlaubt, ganz grundsätzlich nach der Bedeutung der Medien dabei zu fragen. An dieser Stelle sollen daher kurz die zwei vielleicht prominentesten Entwicklungsmodelle von Suizidalität nach Ringel (Ringel, 1953) und Pöldinger (Pöldinger, 1968) herausgehoben werden, deren Grundgedanken sich auch in anderen Modellen wiederfinden und deren Modellvorstellungen letztlich auch die Sichtweise auf Suizidalität als komplexes Phänomen gefördert haben. Einen besonderen Stellenwert nimmt das präsuizidale Syndrom nach Ringel (1953) ein, das die Phase vor einem Suizid als eine Phase der „Einengung von Werten, Gefühlen und Wahrnehmungen zur Aggressionsumkehr und zu Suizidphantasien" (Pellegrini, 1996, S. 299) auffasst. So erscheint der Suizid subjektiv als vermeintlich letzter Ausweg. Ringel (1953) beschreibt drei Elemente, aus denen das Syndrom besteht. Neben der Einengung erkannte er Aggressionshemmung als zweites Element des präsuizidalen Syndroms. Diese ist dadurch gekennzeichnet, dass Aggressionen gegen die eigene Person gerichtet werden. Als drittes Element sieht Ringel schließlich den Todeswunsch und konkrete Suizidphantasien.

Pöldinger's Modell (1968, S. 20) bezieht drei Stadien ein, die sich allesamt auf einen relativ kurzen Zeitraum vor einer Suizidhandlung beziehen. Er unterscheidet zunächst das Erwägungsstadium, in dem Suizidgedanken aufkommen. Dabei spielen „suggestive Momente" (Pöldinger, 1968, S. 20) eine wichtige Rolle und Pöldinger spricht explizit auch von Literatur und Film, die dafür ausschlaggebend sein können, dass sich Aggressionen gegen die eigene Person richten (vgl. Biblarz, Brown, Biblarz, Pilgrim & Baldree, 1991). Soziale Isolierung gilt als zusätzlicher Faktor, der diesen Prozess unterstützen kann. Das zweite Stadium bezeichnet Pöldinger als Phase der Ambivalenz, in der ein innerer Kampf zwischen „konstruktiven und destruktiven Tendenzen" ausgetragen wird, was häufig von Suizidankündigungen begleitet ist. Das dritte Stadium kann als Ruhe vor dem Sturm charakterisiert werden, in dem der Entschluss zum Suizid bereits gefallen ist und die Vorbereitungen dafür getroffen werden. Alle Phasen können in verschiedenen Kontexten und dabei unterschiedlich schnell ablaufen. Das Modell ist damit prinzipiell auch auf Kurzschlusshandlungen, auf besonders junge oder alte Personengruppen oder auf Personen mit psychischen Störungen übertragbar. Pöldinger spricht außerdem von einer zeitlich besonders lange andauernden ambivalenten Phase, die im Rahmen von Depressionen zu beobachten ist (Pöldinger, 1968, S. 21). Im Zusammenhang mit Depressionen sind die Suizidgedanken zu Beginn und am Ende einer Depressi-

on am stärksten, weil „in der Tiefe der Depression oft auch die Hemmung so stark ist, daß Suizidgedanken nicht in die Tat umgesetzt werden können“ (Pöldinger, 1968, S. 22). Depressionen können nach Pöldinger insbesondere die abwägende Phase verlängern, in der entsprechende Medienberichte dann unter Umständen den entscheidenden Anstoß in Richtung einer erhöhten Suizidalität geben. Pöldinger schließt also Depressionen und Medien explizit in sein Verständnis von Suizidalität ein, ohne die beiden Bausteine genauer miteinander zu verknüpfen. Für die vorliegende Arbeit ist diese Perspektive allerdings theoretisch dann relevant, wenn beispielsweise Depressionen mit der Nutzung spezieller Medieninhalte einhergehen oder wenn der Umfang der Mediennutzung mit dem Depressionsgrad korreliert. Depressionen sind eine der häufigsten affektiven Störungen bei Personen, die durch Suizid sterben (vgl. Hawton, Casañas i Comabella, Haw & Saunders, 2013).[14] Deshalb ist die Erforschung dieses aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive weitgehend unerschlossenen Bereichs lohnenswert.

Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodelle von Suizidalität

Bei der Rezeption und Verarbeitung von Medienbotschaften kommt der Kognition der Rezipienten eine elementare Bedeutung zu, die durch deren individuelle Suizidalität beeinflusst werden kann. Da sich Suizidalität auf die menschlichen Kognitionen auswirkt, kann sie beeinflussen, wie eine Medienbotschaft wahrgenommen wird, bevor diese eine Wirkung entfaltet. Zu den kognitiven Risikofaktoren für Suizidalität zählen kognitive Rigidität, ruminatives Denken, Unterdrückung von Gedanken, mangelnde Problemlösungs- und Coping-Strategien, implizite Assoziationen, die gegen das Weiterleben sprechen, verzerrte Aufmerksamkeit, Reflexion der Gründe zum Leben (Mehlum, 2005, S. 131; O’Connor & Nock, 2014, S. 31). Weitere kognitive Schemata, die im Zusammenhang mit Suizidalität häufiger beobachtet werden, wurden bereits an anderer Stelle diskutiert (z. B. „burdensomeness“ als zentrales Element des interpersonalen Suizidmodells; vgl. Tabelle 2). Hier sollen die einzelnen Risikofaktoren nun im Detail erläutert werden.

Kognitive Rigidität: Personen die kognitiv unflexible Gedankenstrukturen aufzeigen, sind mit höherer Wahrscheinlichkeit später suizidal. Studien überprüften diesen Zusammenhang anhand von Personen mit bzw. ohne Suizidversuch (Miranda, Gallagher, Bauchner, Vaysman & Marroquín, 2012) und von Personen, deren Depressionsgrad zusätzlich variierte (Marzuk, Hartwell, Leon & Portera, 2005). Diese Querschnitt- und Längsschnittstudien zeigten, dass kognitive Inflexibilität mit höhe-

[14] Cavanagh, Carson, Sharpe und Lawrie (2003, S. 399) schätzen das gemeinsame Auftreten von psychischen Störungen und Suizidalität auf 91%, wobei Depressionen unter den psychischen Störungen in den untersuchten Arbeiten am häufigsten vorkommen.

rer Suizidalität assoziiert ist und sich auch prospektiv dazu eignet, Suizidalität vorherzusagen. Gleichzeitig vorhandene Depressionen können kognitive Rigidität zusätzlich fördern.

Ruminatives Denken: Im Zusammenhang mit erhöhter Suizidalität wird häufig beobachtet, dass die betroffenen Personen gedanklich um ihre Probleme kreisen und sich wiederholt auf die persönlichen Auswirkungen erlebter Stresssituationen fokussieren. Dieses kognitive Denkmuster geht mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche einher (Morrison & O'Connor, 2008). Unterschiede bestehen allerdings zwischen überwiegend „brooding rumination" und „reflective pondering" (O'Connor & Nock, 2014, S. 32). Während im Falle einer „brooding rumination" keine tiefergehende, gedankliche Reflexion stattfindet, suchen Personen im Zuge eines „reflective ponderings" auch nach Ursachen und Lösungen für ihre Probleme. Folglich ergaben sich stärkere Zusammenhänge zwischen „brooding rumination" und Suizidalität.

Unterdrückung von Gedanken: Die bewusste Unterdrückung von unerwünschten Gedanken ist ein kognitiver Schutzmechanismus des Menschen, der paradoxerweise jedoch gleichzeitig das Auftreten unerwünschter Gedanken fördert (Wenzlaff & Wegner, 2000). Die Unterdrückung unerwünschter Gedanken wird außerdem mit der Entstehung und Aufrechterhaltung affektiver Störungen in Verbindung gebracht. Studien zufolge ist die Unterdrückung unerwünschter Gedanken deutlich mit dem Auftreten von Suizidgedanken assoziiert, unabhängig davon, wie depressiv die Untersuchungsteilnehmer zuvor waren (Pettit et al., 2009). Die Unterdrückung suizidaler Gedanken kann demnach sowohl für sich betrachtet, sicherlich aber auch im Zusammenhang mit Depressionen dazu beitragen, dass Suizidgedanken über die Zeit aufrechterhalten bleiben. Insbesondere die Tendenz, unerwünschte Gedanken zu unterdrücken, um schlechte Gefühle zu vermeiden („to get rid of bad feelings"), war mit erhöhtem nicht-suizidalen, selbstverletzenden Verhalten (NSSI) und verstärkten Suizidgedanken assoziiert (Najmi, Wegner & Nock, 2007).

Problemlösungs- und Coping-Strategien: Studien, in denen Personen mit und ohne Suizidversuch hinsichtlich ihrer Problemlösungsfähigkeit verglichen wurden, zeigen, dass die Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, bei Personen mit suizidaler Vergangenheit tatsächlich geringer ausgeprägt ist als bei Personen ohne Suizidversuch (Pollock & Williams, 2004). Es bestanden dabei keine deutlichen Unterschiede hinsichtlich der Art und Weise der Problemlösung (aktives vs. passives Herangehen an Probleme). Da die Studien dazu überwiegend auf Querschnittsdaten beruhen, ist es jedoch schwierig, eine Kausalitätsrichtung für den Zusammenhang zu bestimmen. In einer umfangreicheren Literaturanalyse werfen Speckens und Hawton (2005) außerdem die Frage auf, inwiefern die Zusammenhänge zwischen Problemlösungsfähigkeit und Suizidalität überhaupt als substanziell betrachtet werden können, da diese nach der Kontrolle des Depressionsgrades bzw. des Grades an Hoffnungslosigkeit nur noch schwach auftraten. Speckens und Hawton (2005)

stellen daher zur Diskussion, ob nicht vielmehr Depressionen Defizite bei der Problemlösungsfähigkeit erklären können.

Implizite Assoziationen: Aktuelle Forschungsbefunde belegen anhand automatischer Assoziationen zwischen todes- bzw. suizidbezogenen Begriffen und der eigenen Person, dass die Stärke impliziter Kognitionen bei Personen mit Suizidversuch stärker als bei Personen ohne Suizidversuch ausgeprägt sind (Nock et al., 2010). Beide Versuchsgruppen befanden sich in psychiatrischer Behandlung. Die Studie zeigt, dass implizite Assoziationen zwischen der eigenen Person und todes- bzw. suizidbezogenen Begriffen mit einem sechsfach erhöhten Risiko für spätere Suizidversuche einhergehen und dass die automatischen Kognitionen Suizidalität besser vorhersagen können als andere bekannte Risikofaktoren (z. B. Depression, Geschichte von Suizidversuchen). Die Befunde unterstreichen den Stellenwert impliziter kognitiver Strukturen, im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden diese allerdings nicht näher berücksichtigt.

Verzerrte Aufmerksamkeit: Methodisch ähnlich wie der implizite Assoziationstest zeigen Cha, Najmi, Park, Finn und Nock (2010) anhand eines Stroop-Tests, dass Personen mit Suizidversuch eine größere Aufmerksamkeit für suizidale Stimuli (im Vergleich zu neutralen Stimuli) aufweisen.[15] Je kürzer der Suizidversuch zurücklag, umso deutlicher fiel der Befund aus. Anhand der verzerrten Aufmerksamkeit gegenüber suizidbezogenen Stimuli ließ sich die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuches innerhalb von sechs Monaten besser vorhersagen als mithilfe anderer bekannter Risikofaktoren. Die Befunde, die auf dem impliziten Assoziationstest oder dem Stroop-Test basieren, erlauben allerdings keine Aussagen über die Kausalitätsrichtung der Beobachtungen.

Gründe zum Leben: Plausibel sind die Befunde, dass Personen mit nur wenigen Gründen zu leben („reasons for living"; Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles, 1983) ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und Suizidversuche haben. Brown, Steer, Henriques und Beck (2005) stellen fest, dass bei Patienten in psychiatrischer Behandlung der Differenzenindex aus dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch zu leben selbst dann ein sehr guter Prädiktor für tatsächliche spätere Suizide ist, wenn andere Risikofaktoren für Suizide wie z. B. Depressionen statistisch kontrolliert werden. Der Index stand dagegen in keinem Zusammenhang mit anderen natürlichen Todesursachen im untersuchten Sample. Man kann daher die Gründe zum Leben als kognitive Vorstellungen und Erwartungen mit Bezug zum eigenen Leben auffassen, die die Rolle des Antagonisten zur Suizidalität ausfüllen (Linehan et al., 1983, S. 277).

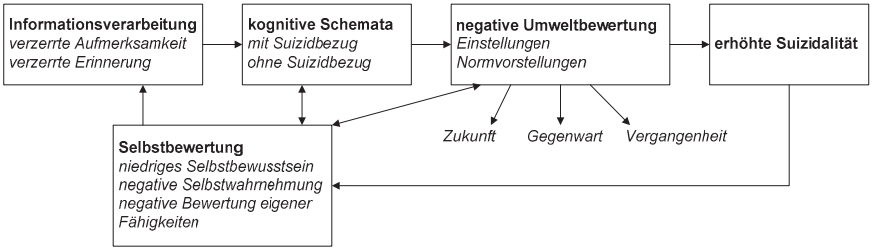
---

[15] Bei dem Test werden unterschiedliche Gruppen von Begriffen (suizidbezogen, negativ, neutral) in verschiedenen Farben präsentiert. Die Aufgabe an die Teilnehmer der Untersuchung lautet, jeweils die Farbe der Wörter mit einem Tastendruck anzugeben. Eine erhöhte Aufmerksamkeit für eine bestimmte Wortgruppe soll entsprechend der Testlogik dazu führen, dass die Aufmerksamkeit für die Farbzuordnung geringer ist und die Aufgabe entsprechend langsamer gelöst wird.

Johnson, Gooding und Tarrier (2008, S. 65) schlagen ein kognitives Prozessmodell im Zusammenhang mit Suizidalität vor, das sich auf kognitiv relevante Prozesse und Risikofaktoren fokussiert. Das Modell beruht auf drei zentralen Elementen: eine negativ verzerrte Informationsverarbeitung im Kontext von Suizidalität, das Vorhandensein suizidbezogener kognitiver Schemata, also gefestigter kognitiver Strukturen, und ein Bewertungssystem für neue Umweltinformationen (Johnson et al., 2008, S. 64). Eine negativ verzerrte Informationsverarbeitung kann auch zur Aufrechterhaltung negativer emotionaler Zustände beitragen. Beispiele für eine negativ verzerrte Informationsverarbeitung können unter anderem Fehlattributionen, Fehlwahrnehmungen von Gefahren oder eine selektive Aufmerksamkeit sein (Johnson et al., 2008, S. 64). Die Auswirkungen dieser Verzerrungen bei der Informationsverarbeitung können die Erinnerung oder die Verfügbarkeit suizidbezogener Informationen tangieren (Williams, Barnhofer, Crane & Duggan, 2006). Williams, Barnhofer, Crane und Duggan (2006, S. 175) greifen beispielsweise die bei Depressionen häufig beobachtete Tendenz zur Übergeneralisierung heraus und betonen die Parallele zu kognitiven Verzerrungen. Dadurch werden wiederum die Bewertungen von Umweltstimuli beeinflusst und die Herausbildung suizidbezogener, kognitiver Schemata gefördert. In der Modellvorstellung von Johnson, Gooding und Tarrier (2008) sind Suizidgedanken das Resultat der Aktivierung suizidbezogener kognitiver Schemata, die individuell verschieden stark ausgeprägt sein können. Dem Modell liegt die Vorstellung zugrunde, dass stärker ausgeprägte, suizidbezogene kognitive Schemata mit höherer Wahrscheinlichkeit andere kognitive Schemata bei der Informationsverarbeitung überlagern und damit das individuelle Risiko für Suizidalität erhöhen (Johnson et al., 2008, S. 65). Außerdem können intensive Emotionen und affektive Zustände dazu beitragen, dass ein suizidbezogenes Schema zu einem späteren Zeitpunkt leichter aktiviert wird (Johnson et al., 2008, S. 65), was letztlich systematisch die Bewertung von Umweltinformationen beeinflussen kann. Die Umweltbewertung beruht auf der Aufmerksamkeit für Umweltinformationen, auf deren Interpretation und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen. Dementsprechend sind bei der Bewertung von Informationen aus der Umwelt sowohl Einstellungen als auch Normvorstellungen von entscheidender Bedeutung. Die Bewertung von Umweltinformationen kann wiederum auf die Gegenwart, die Vergangenheit oder die Zukunft gerichtet sein. So können Bewertungen der Umwelt in der Gegenwart durch negative Gedanken beeinflusst sein, die beispielsweise im Zusammenhang mit Depressionen aufkommen. Die Bewertung der Vergangenheit kann durch selektive Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit Depressionen negativ verzerrt sein ebenso wie die Erwartungen, die an die Zukunft gestellt werden. Die individuelle Problemlösungsfähigkeit oder das soziale Umfeld sind eng verbunden mit den Bewertungen der Zukunft, da beide Faktoren negativen kognitiven Verengungen entgegenwirken können. Speziell aus negativen Zukunftserwartungen ergibt sich oftmals die Hoffnungslosigkeit suizidaler Personen, die innerhalb

der Ätiologie von Suizidalität als wichtiger Risikofaktor erkannt wurde. Die Bewertungen können sich ebenso auf die eigene Person beziehen und schließen dann im Kontext von Suizidalität beispielsweise geringes Selbstbewusstsein, negative Selbstwahrnehmungen und negative Bewertungen der eigenen Fähigkeiten ein. Diese Bewertungen der eigenen Person können wiederum dazu beitragen, dass die Suizidalität aufrechterhalten wird oder sogar zunimmt. Die bisherigen Überlegungen sind in Abbildung 5 zusammengefasst.

Abbildung 5. Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodell von Suizidalität



Anmerkung. Eigene Abbildung nach Johnson, Gooding und Tarrier (2008, S. 65).

O'Connor und Nock (2014, S. 35) betonen die große Bedeutung der Implementierung psychologischer Faktoren im Rahmen groß angelegter Studien zur Suizidalität, die breite Bevölkerungsschichten einschließen und nicht vor allem auf junge Erwachsene fokussieren. Dabei wird auch die Rolle der Medien herausgehoben, die ein wichtiger Risikofaktor für Suizidalität sind, was sich letztlich in den Richtlinien zur Suizidberichterstattung widerspiegelt. Bis heute sind bei Weitem noch nicht alle Mechanismen im Zusammenhang mit Suizidalität und Medien auf einer breiten, bevölkerungsrepräsentativen Basis erforscht. Die verschiedenen Modellvorstellungen von Suizidalität haben gemeinsam, dass die individuelle Erfahrung von Lebensereignissen und Stressoren aus der Umwelt durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird, wobei der soziale Kontext in allen Modellen eine wichtige Rolle spielt. Die einzelnen Modelle erfuhren bislang unterschiedliche empirische Bestätigung (vgl. Christensen, Batterham, Soubelet und Mackinnon [2013] für das interpersonale Suizidmodell nach Joiner, van Orden, Witte und Rudd [2009]), obwohl die vorgestellten Modelle an sich sparsam sind und von ihnen empirisch überprüfbare Hypothesen abgeleitet werden können (Rudd, Trotter, David R. M. & Williams, 2009, S. 164). Offen ist in der schematischen Abbildung 5 speziell die Rolle von Depressionen, die bei suizidalen Personen oftmals gleichzeitig auftreten und die neben affektiven Auswirkungen auch die Informationsverarbeitung beeinflussen können. Die Krankheit Depression steht daher im Fokus des folgenden Abschnitts.

2.2 Depression

Wittchen et al. (2011, S. 665) schätzen Depression als die Erkrankung in Europa ein, die noch vor Alzheimer- oder Demenzerkrankungen und Alkoholmissbrauch am meisten zur europäischen Krankheitslast („burden of disease") beiträgt. Anhand der Prävalenzraten für Depression aus verschiedenen europäischen Ländern ergeben sich Schätzungen von über 30 Millionen Personen in der EU, die 2011 an Depression erkrankt waren (Wittchen et al., 2011, S. 666). Damit sind affektive Störungen, allen voran die Depression, nach Angststörungen die zweithäufigste psychische Störung innerhalb der EU (Wittchen et al., 2011, S. 662–663). Subjektiv sind Depressionen eine Krankheit, deren Belastung sogar mit der von Herzkrankheiten verglichen wird (Stoppe, 2008, S. 406).[16] Gerade im höheren Lebensalter sind Depressionen die am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung, die oft mit körperlichen Erkrankungen einhergeht (Stoppe, 2008, S. 406).[17] Hier wird eine Parallele zur ebenfalls im höheren Alter gesteigerten Suizidrate deutlich (Stoppe, 2008, S. 407). Eine weit verbreitete Fehleinschätzung ist, dass sich einige depressive Symptome im Alter naturgemäß häufiger zeigen (z. B. Schlafstörungen, sozialer Rückzug, Verlust an Interessen) und dass diese Symptomatik daher als gefahrlos zu sehen sei (Ludvigsson, Milberg, Marcusson & Wressle, 2014; Stoppe, 2008, S. 406). Dem stehen allerdings empirische Befunde gegenüber, wonach beispielsweise die Affektregulation im Alter stabiler abläuft und auch die Lebenszufriedenheit (vor dem Hintergrund der eigenen Lebensbilanz) in der Regel positiver ausfällt als bei Jüngeren (Stoppe, 2008, S. 406). Ältere Menschen vergleichen sich außerdem eher mit Gleichaltrigen statt mit Jüngeren, so dass die „Fähigkeit, trotz eingeschränkter Möglichkeiten zufrieden zu sein, ... als Zufriedenheitsparadox" beschrieben werden kann (Stoppe, 2008, S. 406). Trotz dieser Befunde wird vermutet, dass der Zusammenhang zwischen Depressionen und Suizidalität im Alter deutlicher vorhanden ist als bei Jüngeren. Die Schätzungen der Fälle, in denen Suizide und Depressionen in ursächlichem Zusammenhang stehen, liegen bei älteren Personen bei 90%, insgesamt hingegen bei 60% der Suizidfälle (Stoppe, 2008, S. 407). Demnach sind Depressionen im Alter sogar der wichtigste Risikofaktor für Suizidalität (Stoppe, 2008, S. 407). Auch sind Männer und Frauen unterschiedlich stark von Depressionen betroffen (Kendler, Gardner & Prescott, 2005, 2006; Möller-Leimkühler, 2005). Die Lebenszeitprävalenz von Depressionen wird bei Männern auf 5–12%, bei Frauen doppelt so hoch geschätzt, und zwar auf 12–20% (Möller-Leimkühler, 2009, S. 413).

---

16 Eine Depression und psychische Erkrankungen werden theoretisch in der Regel als negative Ausprägung behandelt. Keyes (2013, S. 13) plädiert dagegen für ein „Mental Health Continuum", das sowohl den Grad psychischer Erkrankung als auch das psychische Wohlbefinden berücksichtigt (Keyes, 2013, S. 17; Langeland & Vinje, 2013, S. 310).

17 Es stellt sich daher die Frage, inwiefern körperliche Beschwerden im höheren Alter dementsprechend stärker auf die Diagnose einer Depression durchschlagen (Schmidt-Atzert, 1996, S. 241).

Vor dem Hintergrund der geschlechterspezifischen Suizidrate wird daher auch von einem Geschlechterparadox gesprochen: Männer haben zwar eine niedrigere Depressionsrate, dafür eine wesentlich höhere Suizidrate. Frauen leiden umgekehrt häufiger an Depressionen, nehmen sich aber seltener das Leben (Möller-Leimkühler, 2009, S. 413). Man diskutiert dies in erster Linie vor dem Hintergrund sozialer Geschlechterrollen und der gesellschaftlichen Konstruktion von Geschlecht, weil selbst die ärztliche Diagnose einer Depression durch Geschlechterstereotype beeinflusst werden kann (Möller-Leimkühler, 2009, S. 412–413). So sind beispielsweise die Arbeitsunfähigkeitstage bei Männern und insbesondere bei Frauen aufgrund psychischer Erkrankungen, allen voran die Depression, zwischen 2000 und 2007 gegen einen sonst allgemein rückläufigen Trend bei anderen Krankheitsbildern angestiegen. Dieser Trend ist noch immer für die Jahre 2011 und 2012 beobachtbar, in denen sowohl bei Männern als auch bei Frauen die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen stark angestiegen sind (Techniker Krankenkasse, 2013, S. 88). Psychische Erkrankungen sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen für die am längsten dauernden, krankheitsbedingen Arbeitsausfälle verantwortlich (Techniker Krankenkasse, 2013, S. 86). Alters- und geschlechterspezifisch lässt sich eine zunehmende Depressionsrate bei jüngeren Männern beobachten, ebenso wie eine steigende Suizidrate, die im Vergleich zu jüngeren Frauen deutlich höher liegt (Möller-Leimkühler, 2005, S. 30).

Depressionen werden in der aktuellen, internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) den psychischen Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99) und innerhalb dieser Gruppe den affektiven Störungen (F30-F39) zugeordnet. Darüber hinaus sind sie lebensgefährlich, da Depressionen einen entscheidenden Risikofaktor für Suizidalität darstellen (Haenel, 2008, S. 10; Hales & Rapaport, 2008). Bei schweren Depressionen wurden in 20–60% der Fälle Suizidversuche, in 15% der Fälle Suizide beobachtet (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 889; Paykel, Brugha & Fryers, 2005, S. 416). Andere Autoren schätzen, dass ca. 4% aller Depressiven durch Suizid sterben, bei Schwerstdepressiven wird der Wert sogar auf 15% geschätzt, 60–70% der Depressiven haben zumindest Suizidideen und 10% akute Suizidabsichten (Wolfersdorf, 2006, S. 289). Psychische Störungen und Substanzgebrauchsstörungen machen mittlerweile 13% der globalen Krankheitslast („global burden of disease“) aus und übertreffen damit sogar kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebs (Collins et al., 2011, S. 27).[18] Depressionen stehen damit in

[18] Wittchen et al. (2011, S. 656) fassen Depressionen, Panikstörungen oder Schlaflosigkeit als psychische Störungen zusammen („mental disorders“), während Demenzerkrankungen oder multiple Sklerose als neuronale Störungen bezeichnet werden („neuronal disorders“). Beide Gruppen werden gemeinsam als neuropsychiatrische Störungen oder auch MNS („Mental, Neurological and Substance use“) bezeichnet und diskutiert (vgl. Collins et al., 2011). In neueren Untersuchungen wird umfassender auch von Hirnstörungen („disorders of the brain“) gesprochen (Wittchen et al., 2011, S. 656). Die Gruppe der MNS-Störungen, zu denen auch Depressionen zählen, werden von Collins et al. (2011, S. 27) im globalen Kontext diskutiert.

der Rangfolge der Krankheiten, die am meisten zur globalen Krankheitslast beitragen, an dritter Stelle (Collins et al., 2011, S. 27). In der EU (EU-27 plus Schweiz, Island und Norwegen) leidet jedes Jahr etwa ein Drittel der Bevölkerung an einer psychischen Störung (Wittchen et al., 2011). Die 12-Monats-Prävalenz von Depressionen wird europaweit auf 6.9% geschätzt, also etwa 30.3 Millionen Menschen (Wittchen et al., 2011, S. 666). Aufgrund der hohen Verbreitung von Depressionen kann man mittlerweile tatsächlich von einer Volkskrankheit sprechen. Über diese erschreckend hohen Verbreitungszahlen hinaus sind Depressionen gerade aus der subjektiven Sicht der Erkrankten vielleicht sogar die „schwerste Erkrankung überhaupt" (Haenel, 2008, S. 2). Personen mit Depressionen leiden nicht nur an der Krankheit, sondern auch an den Folgen sich über die Zeit verändernder, individueller und struktureller Stigmatisierungen und Vorurteile gegenüber Depressionen in der Bevölkerung, was zur Selbststigmatisierung und zu einem weiteren Verlust von Selbstvertrauen führen kann (Angermeyer & Matschinger, 2004; Angermeyer, Matschinger, Link & Schomerus, 2014; Rüsch, Angermeyer & Corrigan, 2005).

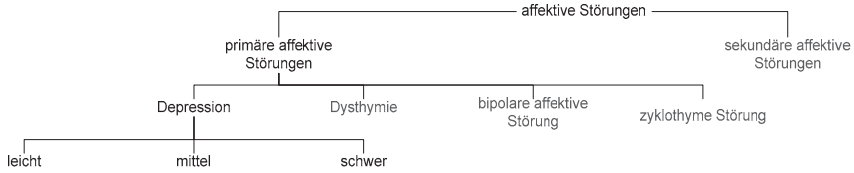
Für die vorliegende Arbeit ist es zunächst wichtig, die Krankheit Depression zu definieren und darauf einzugehen, wie ihre Diagnose zustande kommt. Anschließend wird gezeigt, wie weit verbreitet Depressionen in Deutschland sind und welche einschlägigen Modellvorstellungen ihnen zugrunde liegen. Vor dem Hintergrund dieses Überblicks über die Krankheit Depression wird diese am Ende des Abschnitts von depressiven Stimmungen oder negativen Gefühlszuständen abgegrenzt.

2.2.1 Definition von Depression

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen (vgl. ICD-10 F3) und können demnach die Bereiche „Stimmung, emotionales Befinden und gefühlsmäßige Anteilnahme an der sozialen Umwelt betreffen. Sie können aber auch das formale und inhaltliche Denken und die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigen und sich … in Form körperlicher Symptome äußern" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 880; Deisenhammer & Hausmann, 2012, S. 153). Affektive Störungen definieren sich in der Regel durch zwei entgegengesetzte Symptombündel (= Syndrom): ein depressives und ein manisches Syndrom (Arolt, Reimer & Dilling, 2011, S. 154). Darüber hinaus werden affektive Störungen nach primären und sekundären affektiven Störungen unterschieden. Während primäre affektive Störungen ohne weitere „medizinische Krankheitsfaktoren oder den Einfluss einer psychotrop wirksamen Substanz (Medikamente, Drogen)" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 881) auftreten, liegen sekundären affektiven Störungen genau solche Bedingungen zugrunde (Burton, 2010, S. 78). Sekundäre affektive Störungen werden im Rahmen dieser Arbeit aber nicht näher betrachtet. Primäre affektive Störungen können dann weiter in unipola-

re und bipolare affektive Störungen differenziert werden. Während unipolare affektive Störungen (Depression, Dysthymie) von einem depressiven Syndrom geprägt sind, wechseln sich bei bipolaren Störungen (bipolare Störung, zyklothyme Störung) depressive und manische Episoden ab.[19] Depressive Episoden werden u. a. nach dem Schweregrad des Auftretens (leicht, mittel, schwer) und/oder nach symptomatischen Kriterien (z.B. dem Auftreten somatischer Beschwerden; nicht in Abbildung 6 enthalten) unterschieden (vgl. Rapaport et al., 2005). Es gibt weitere Zusatzkodierungen, die beispielsweise den Krankheitsverlauf genauer beschreiben (z. B. ob die Depression einzelne oder wiederkehrende Episoden umfasst oder chronisch bzw. zu bestimmten Zeitpunkten auftritt; nicht in Abbildung 6 enthalten; vgl. Paykel et al., 2005, S. 416). Nachstehend in Abbildung 6 findet sich eine Übersicht zur Klassifizierung affektiver Störungen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 881; Burton, 2010, S. 78).

Abbildung 6. Überblick zur Klassifizierung affektiver Störungen



Eine Major Depression liegt im Falle einer oder mehrerer Episoden einer „depressiven Verstimmung oder dem Verlust des Interesses bzw. der Freude an fast allen Aktivitäten über einem Zeitraum von mindestens 2 Wochen“ vor (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Darüber hinaus müssen mindestens vier weitere Symptome, wie z. B. „Gewichtsveränderungen, Schlafstörungen, Unruhe oder Verlangsamung, Müdigkeit oder Energieverlust, Gefühle der Wertlosigkeit oder Schuldgefühle, Konzentrations-/Entscheidungsschwierigkeiten sowie Suizidgedanken, -pläne oder -versuche“ (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882) hinzukommen (vgl. für eine detailliertere Beschreibung wichtiger Symptome einer depressiven Episode Deisenhammer & Hausmann, 2012, S. 162–165). Nicht alle Personen, die an unipo-

[19] In der internationalen Klassifikation (ICD-10) ist von „depressiven Episoden“ die Rede, während in dem vor allem im amerikanischen Sprachraum verbreiteten diagnostischen und statistischen Handbuch psychischer Störungen (DSM) der Begriff „Major Depression“ verwendet wird (Arolt, Reimer & Dilling, 2011, S. 154). Beide Klassifikationssysteme beruhen auf empirischen Untersuchungen und diagnostischen Kriterien und stehen für die Fortschritte in der Diagnostik, psychische Erkrankungen nicht mehr typologisch, sondern empirisch-deskriptiv einzuordnen (Arolt, Reimer & Dilling, 2011, S. 154).

laren depressiven Symptomen leiden, leiden auch an einer Depression. Dysthyme Störungen sind im Unterschied zur Major Depression dadurch gekennzeichnet, dass über einen längeren Zeitraum von mindestens zwei Jahren an der Mehrzahl der Tage eine depressive Verstimmung auftritt, ohne dass dabei die genannten Kriterien zur Diagnose einer Major Depression greifen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Es treten dabei mindestens zwei depressive Symptome auf, die über die Zeit in ihrer Intensität deutlicher schwanken als bei einer Major Depression. Eine Dysthymie erscheint aufgrund dieser Kriterien oftmals als „weniger akut schwer ausgeprägt" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 882). Bipolare affektive Störungen sind dadurch gekennzeichnet, dass in abwechselnder Reihenfolge mehr als zwei (nach der ICD-Klassifizierung) depressive und manische Episoden auftreten (Burton, 2010, S. 78).[20] Fehlen die manischen Episoden, ist dagegen von einer wiederkehrenden depressiven Störung auszugehen. Bleiben nur die depressiven Phasen aus, kann dennoch von einer bipolaren Störung oder von einer Hypomanie ausgegangen werden, da sich früher oder später mit hoher Sicherheit depressive Episoden zeigen (Burton, 2010, S. 79). Umgekehrt wird auch argumentiert, dass es über einen längeren Zeitraum auch bei unipolar depressiven Patienten zu manischen Phasen kommt, so dass die bisher übliche Differenzierung zwischen bipolaren und unipolaren affektiven Störungen grundsätzlich anzuzweifeln ist (Cassano et al., 2004). Zyklothyme Störungen können als milde Formen bipolarer Störungen beschrieben werden, die über einen längeren Zeitraum von mindestens zwei Jahren beobachtbar sind (Arolt et al., 2011, S. 179). Die Ausprägungen der Krankheitssymptome erfüllen dabei weder die Kriterien für eine depressive noch für eine manische Episode (subdepressive bzw. hypomane Ausprägung des Krankheitsbildes; Arolt et al., 2011, S. 179). Das Krankheitsbild tritt allerdings nur sehr selten auf.

Depression wird in der vorliegenden Untersuchung als affektive Störung aufgefasst, die eine emotionale, kognitive und somatische Dimension einschließt, die ganzheitlich die Krankheit Depression beschreiben. Die vorliegende Untersuchung unterscheidet zusätzlich nach dem Schweregrad der Depression.[21]

---

[20] Nach der DSM-Klassifizierung kann bereits nach einer manischen Episode eine bipolare Störung diagnostiziert werden.

[21] Um dabei den Depressionsgrad möglichst valide abschätzen zu können, basieren die Richtwerte (Cut-off-Werte) der Depressions-Skala nach Beck neben der Selbstauskunft durch Patienten auch auf den Einschätzungen von Ärzten (Näheres zur Skalenentwicklung mit Selbst- und Fremdeinschätzungsverfahren bei Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes und Brähler [2006]; vgl. Kapitel 7) und wurden für die vorliegende Untersuchung eigens anhand der Originaldaten der Normierungsstichprobe für das deutschsprachige Instrument von Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes und Brähler (2006) berechnet.

2.2.2 Diagnostik der Krankheit Depression

Depressionen sind eine komplexe, multifaktoriell bedingte Krankheit, deren Ursachen sowohl biologischer, psychologischer als auch sozialer Natur sein können (Rugulies et al., 2013). Im allgemeinen Sprachgebrauch werden jedoch auch andere Zeichen von psychischen Belastungen synonym zu Depression verwendet: Extremer Stress und „Burnout" sind nicht nur vieldiskutierte Folgen zunehmender psychischer Belastungen (Lohmann-Haislah, 2012, S. 11), sondern können auch ursächlich mit Depressionen im Zusammenhang stehen (Kendler et al., 2005, 2006; Kupfer, 2013, S. E2; Rugulies et al., 2013). Umso wichtiger ist es, die Krankheit Depression klar von „schlechter Stimmung", „Stress", oder einem „Burnout" abzugrenzen, bei denen es sich nicht um Krankheiten handelt, die aber durchaus ursächlich für die Krankheit Depression sein können.

Die Diagnose Depression erfolgt anhand zweier Klassifizierungssysteme. Im amerikanischen Raum ist das seit 2013 in fünfter Auflage erschienene „Diagnostische und statistische Handbuch psychischer Störungen" (DSM-V) das Standardwerk (Kupfer, 2013). In Deutschland erfolgen Diagnosen nach dem insgesamt umfassender angelegten, internationalen Klassifizierungssystem für Krankheiten der WHO, das mehr als nur psychische Krankheiten erfasst (International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD).[22] Die seit 2012 gültige zehnte Ausgabe (ICD-10) orientiert sich deutlich an den Kriterien des DSM-IV, und so ist bereits für 2015 eine umfassende Aktualisierung und Anpassung an das DSM-V in Form des ICD-11 angekündigt worden (WHO, 2014). Die beiden Klassifikationskataloge bestimmen letztlich darüber, wer als psychisch krank gilt, und sind damit für Krankenkassen, Versicherungen, Gerichtsurteile und die Pharmaindustrie von großer Bedeutung (Weber, 2013). Langfristig ist geplant, in den Diagnosen auch biologische, genetische und neuronale Ursachen zu berücksichtigen und weniger symptomgeleitet zu diagnostizieren (vgl. NIMH Research Domain Criteria, RdoC, National Institute of Mental Health (NIMH), 2011). Im Falle vieler psychischer Störungen würde damit deren multifaktoriellen Ursachen noch stärker Rechnung getragen.

Die Diagnose einer depressiven Störung beruht auf einer ärztlichen Einschätzung und Bewertung des Schweregrades sowie des Vorhandenseins emotionaler, motivationaler, behavioraler, kognitiver und somatischer Symptome, die über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen müssen. Treten die Symptome besonders stark oder sehr schnell auf, kann eine Depression auch schon nach kürzerer Zeit diagnostiziert werden. In Tabelle 3 sind die wichtigsten Symptome für eine klinisch relevante Depression abgebildet. Anhand der definierten Diagnosekriterien lassen sich Depressionen „zuverlässig und trennscharf von normalen Stim-

[22] Die fünfte Auflage, die 2013 erschienen ist, löste die bis dahin seit 1994 gültige vierte Version des Diagnostischen Handbuches ab (DSM-IV). Der mehr als 10 Jahre andauernde Überarbeitungsprozess des Diagnostischen Manuals der APA sorgte für zahlreiche Diskussionen.

mungsschwankungen abgrenzen“ (Wittchen, Jacobi, Klose & Ryl, 2010, S. 7). Gleichzeitig zeigt sich in der diagnostischen Praxis auch, dass die Kriterien zur Diagnose einer Depression noch immer nicht flächendeckend umgesetzt werden, sondern dass ätiologisch, nach der (vermeintlichen) Ursache der Depression diagnostiziert wird (z. B. eine neurotische oder körperlich bedingte Depression) (Wittchen et al., 2010, S. 8). In der aktuellen Depressionsforschung geht man jedoch davon aus, dass jede Depression mehr oder weniger neurotische, körperliche und situationsbedingte Ursachen hat (Wittchen et al., 2010, S. 8).

Tabelle 3.
Wichtige Symptome einer depressiven Episode und deren Zugehörigkeit zu verschiedenen Symptomclustern

Symptom	Symptomcluster
Gedrückte Stimmung oder „Gefühl von Gefühllosigkeit“	emotional
Interessenverlust	motivational
Freudlosigkeit	emotional
Antriebsverminderung oder –steigerung	motivational
Aktivitätseinschränkung	motivational-behavioral
Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit	kognitiv
Erhöhte Ermüdbarkeit, Tagesmüdigkeit	somatisch
Schlafstörungen	somatisch
Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	kognitiv
Minderwertigkeits- und Schuldgefühle	kognitiv-emotional
Angst	emotional
Beeinträchtigung der Sexualität	motivational
Verringerter Appetit, Gewichtsabnahme	somatisch
Suizidgedanken bzw. Suizidhandlungen	kognitiv-behavioral

Anmerkung. Eigene Darstellung nach Deisenhammer und Hausmann (2012, S. 165), Comer (2008, S. 215–216) und Beck, Rush, Shaw und Emery (2010, S. 135)

Je nachdem, welche Symptome im Vordergrund stehen, werden Sonderformen von Depressionen unterschieden (Deisenhammer & Hausmann, 2012, S. 165).[23] Die Diagnostik von Depressionen erfordert zunächst die Feststellung der vorliegenden Symptome, die Muster ihres zeitlichen Auftretens und ihre Intensität (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 884). Für die Messung des Schweregrades einer Depression steht eine Vielzahl „dimensionaler Depressionsskalen" (z. B. das Beck-Depressionsinventar; BDI; Beck et al., 1996) zur Verfügung. Für die Diagnose einer Depression reichen die Skalen dagegen nicht aus (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 884). Dafür sind zusätzlich strukturierte oder standardisierte Patienteninterviews notwendig, um im Falle einer Major Depression bipolare Störungen, andere somatische Erkrankungen oder Einflüsse von Substanzen wie Drogen oder Medikamente auszuschließen. Gleichwohl gibt es auch Hinweise darauf, dass sich sogenannte „subklinisch Depressive" (Personen, die depressive Symptome zeigen, bemessen an einer der erwähnten Depressionsskalen) nicht grundlegend von „klinisch Depressiven" unterscheiden, deren Diagnose durch einen Arzt gestellt wurde (Gotlib, Lewinsohn & Seeley, 1995). Depressionen werden heute häufiger diagnostiziert als früher, was nicht nur auf Verbesserungen der Diagnostikinstrumente, sondern auch auf eine höhere Bereitschaft zur Behandlung und Untersuchung zurückzuführen ist (Haenel, 2008, S. 7). In den letzten Jahren haben insbesondere psychogene, also „umweltbedingte" Depressionen zugenommen (Haenel, 2008, S. 7). Für die vorliegende Untersuchung sind die zahlreichen, vor allem diagnostischen Differenzierungen einer Depression allerdings nicht von zentraler Bedeutung (vgl. dazu detaillierter Hyman, 2010; Stieglitz & Freyberger, 2009, S. 46).

2.2.3 Verbreitung und gesellschaftliche Relevanz von Depression

Depressive Erkrankungen kommen mit einer Punktprävalenz von mindestens 5% in der Gesamtbevölkerung vor (Berger, van Calker, Brakemeier & Schramm, 2009, S. 497). Die Krankheit verläuft in der Regel über mehrere Monate. Zahlen über die Lebenszeitprävalenz von Depressionen für Deutschland lassen sich beispielsweise der Studie von Kessler und Bromet (2013) entnehmen, die Daten wurden allerdings bereits in den Jahren 2002/2003 erhoben (vgl. Tabelle 4). Die nachstehende Tabelle 4 fasst daher außerdem zahlreiche weitere Befunde zu verschiedenen Prävalenzzahlen für Depression in Deutschland aus verschiedenen Studien zusammen. Die Au-

[23] Nicht zuletzt in den Medien ist regelmäßig von jahreszeitenbedingten Depressionen die Rede („Herbst-/Winter-Depression"). Diese Formen saisonal abhängiger Depressionen äußern sich durch verstärkte Tagesmüdigkeit, vermehrten Schlaf und gesteigerten Appetit. Baumeister und Parker (2012) greifen die Diskussion über die fehlende Spezifität bei der Bestimmung unipolarer Depressionen auf, aus der sich letztlich die Vielzahl an Subtypen einer Major Depression ergibt, und systematisieren deren Definitionen und Überschneidungen basierend auf publizierten Überblicksstudien.

toren schätzen die Lebenszeitprävalenz, an einer Major Depression zu erkranken, für Deutschland auf 10% (Kessler & Bromet, 2013, S. 122). Aufgrund der verschiedenen Prävalenzzeiträume und Erhebungsmethoden zeigt sich eine große Range bei den Prävalenzzahlen für Depressionen (3–17%). Der tatsächliche Wert bei telefonischen Befragungen mit einem Prävalenzzeitraum von 2 Wochen dürfte zwischen 8 und 13% liegen.

Da depressive Erkrankungen besonders von psychosozialen Beeinträchtigungen und Suizidgedanken geprägt sind, haben sie eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung (Berger et al., 2009, S. 497). Die Krankheit ist zwar einerseits gut behandelbar, allerdings besteht auch ein hohes Risiko für Rückfallerkrankungen und eine Chronifizierung (Berger et al., 2009, S. 497). „Jede depressive Episode ist mit einem nicht zu unterschätzenden Suizidrisiko verbunden", schreiben Berger, van Calker, Brakemeier und Schramm (2009, S. 496). Man geht davon aus, dass 40–70% aller Suizide im Rahmen einer Depression stattfinden und dass der Anteil derer, die im Rahmen einer depressiven Episode einen Suizidversuch unternehmen, bei 20–60% liegt, je nachdem, ob sich die Patienten in stationärer oder ambulanter Behandlung befinden (Berger et al., 2009, S. 496). Andere Schätzungen sehen psychische Störungen sogar in über 90% der Suizidfälle als vorhanden an. Trotzdem sterben die meisten psychisch kranken Menschen nicht durch Suizid (Mann et al., 1999, S. 181). Entgegen früheren, deutlich höheren Schätzungen liegt die Suizidmortalität depressiver Personen bei 2%, bei Personen mit stationärer Depressionsbehandlung bei 4% und bei Personen, die wegen vorangegangener Suizidalität stationär behandelt wurden, bei 9% (Berger et al., 2009, S. 496). Von vergleichbaren Größenordnungen der Suizidmortalität bei Depressiven geht auch Wolfersdorf (2006, S. 300) aus (3–4% aller depressiv Kranker bzw. ca. 15% schwer depressive Personen).

Tabelle 4.
Schätzungen der Prävalenz depressiver Erkrankungen für u.a. Deutschland in Befragungsstudien

Studie	Jahr	Land	Prä-valenz	Prävalenz-zeitraum	Daten-erhebung
Jacobi et al. (2004)	1997–1999	Deutschland	5.6% 10.7% 17.1%	4 Wochen 12 Monate Lebenszeit	Face-to-Face-Interview/ Paper & Pencil
Wittchen und Pittrow (2002)	2000	Deutschland	10.9%	Punktprävalenz	Paper & Pencil
Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling und John (2000)	2000	Norddeutschland	10.0%	Lebenszeit	Face-to-Face-Interview
McDowell et al. (2013)	2001–2009	Deutschland + 9 weitere EU-Länder	4.2–4.8%	12 Monate	Face-to-Face-Interview
Bromet et al. (2011)	2002–2003	Deutschland + 17 weitere Länder weltweit	3.0% 9.9%	12 Monate Lebenszeit	Face-to-Face-Interview
Wild et al. (2011)	2005–2007	Deutschland	16.0%[24]	Punktprävalenz	Paper & Pencil
Busch, Maske, Ryl, Schlack und Hapke (2013)	2008–2011	Deutschland	8.1%	2 Wochen	Paper & Pencil
Fuchs, Busch, Lange und Scheidt-Nave (2012)	2009	Deutschland	13.0%[25]	12 Monate	telefonisch (CATI)
Wittchen et al. (2011)	2011	EU-27 + Schweiz, Norwegen, Island	6.9%	12 Monate	Literatur-Review/ Sekundäranalysen
Blüml et al. (2013)	2011	Deutschland	7.8%	2 Wochen	Face-to-Face-Interview
Jacobi, Höfler, Siegert et al. (2014)	2009–2012	Deutschland	7.7%	12 Monate	Face-to-Face-Interview

Anmerkung. „Lebenszeitprävalenz" definiert als Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Depression bis zum Zeitpunkt der Befragung, Punkt- bzw. Periodenprävalenzen geben den entsprechenden Anteil einer zuvor definierten Population an, der zum angegebenen Zeitpunkt bzw. innerhalb eines bestimmten Zeitraums an Depression erkrankt ist (Stieglitz & Freyberger, 2009, S. 65).

[24] Die Stichprobe wird als repräsentativ für ältere Personen zwischen 53 und 80 Jahren beschrieben.
[25] Eigene Berechnung auf Grundlage der Publikation.

2.2.4 Modellvorstellungen von Depression

Die Klassifikation von Depressionen ist ein schwieriges und viel diskutiertes Unterfangen (Kessing, 2004, S. 124). Da Depressionen prototypisch für multifaktorielle psychische Störungen (Kendler et al., 2005, S. 83) sind, verwundert es nicht, dass es „bislang keine einheitliche Störungstheorie der Depression gibt" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 890). Es gibt einerseits das endogen-reaktive und andererseits das unitaristische Konzept einer Depression. Das erste Konzept differenziert zwischen Depressionen, die durch von außen kommende, belastende Ereignisse hervorgerufen werden (reaktive Depression; Paykel, 2003) und Depressionen, die sich ohne Vorbedingungen oder äußere Einflüsse entfalten (endogene Depression; Kessing, 2004).[26] Das unitaristische Konzept unterscheidet demgegenüber Depressionen nur nach deren Schweregrad (leicht, schwer) und deren Andauern bzw. Verlauf (akut, chronisch). Es wird davon ausgegangen, dass im Zusammenhang mit Depressionen stets gleichzeitig äußere und innere Faktoren (mit unterschiedlicher Gewichtung) beteiligt sind (Bronisch, 1992, S. 8). Heute werden die verschiedenen Faktoren für Depressionen zunehmend integriert. Dabei spielen gleichermaßen „Umwelt- und psychologische Faktoren sowie biologische Faktoren" (Comer, 2008, S. 219) eine wichtige Rolle. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung werden die biologischen Faktoren der Depression (genetische, biochemische Faktoren) jedoch nicht weiter berücksichtigt, stattdessen spielen insbesondere Erklärungsansätze eine Rolle, welche die psychologischen Ursachen einer Depression beinhalten.[27] In den folgenden Abschnitten wird zwischen ätiologischen Depressionsmodellen (Fokus auf den Entstehungsbedingungen einer Depression) und Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodellen depressiver Erkrankungen unterschieden. Der Fokus liegt in diesem Abschnitt auf der Krankheit Depression. Die Rolle der Medien im Zusammenhang mit Depressionen wird in den anschließenden Kapiteln näher erörtert.

---

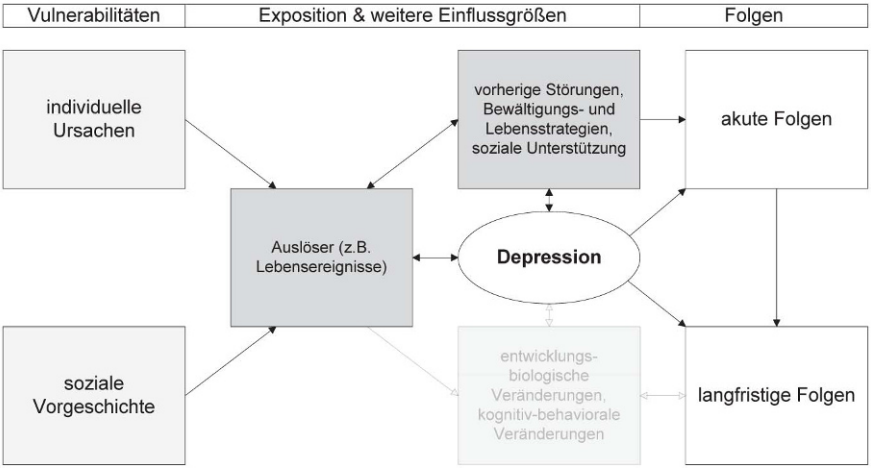
[26] Eine entsprechende Klassifizierung ist schwierig, weil belastende Ereignisse auch schon vor dem Beginn einer Depression stattgefunden haben können, sie können auch nur von nachrangiger Bedeutung oder rein zufällig eingetreten sein (Comer, 2008, S. 218–219; Paykel, 2003).

[27] Ferner gibt es Verlaufsmodelle der Krankheit Depression, die sich primär vor einem therapeutischen Hintergrund mit der Entwicklung und Intensität von Depressionen im Zeitverlauf beschäftigen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 899) oder dazu dienen, affektive Störungen anhand typischer Verlaufsmuster voneinander abzugrenzen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 890). Qualitative Interviews mit Psychiatern und Psychotherapeuten, die flankierend zum Forschungsprojekt durchgeführt wurden und nach Medieneinflüssen im depressiven Krankheitsverlauf fragten, zeigen, abhängig von der Ausbildung der Therapeuten, je nach Alter und Geschlecht der Patienten divergierende Einschätzungen im Hinblick auf Medieneinflüsse im Krankheitsverlauf. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung können diese Befunde nicht detaillierter besprochen werden, allerdings finden sich wichtige Hinweise auch bei Böhm (09.02.2012).

Ätiologisches Depressionsmodell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist das vielleicht prominenteste ätiologische Erklärungsmodell für Depressionen. Es fokussiert die Ursachen für Depressionen und beruht auf der Annahme, dass „prädisponierende konstitutionelle Faktoren genetischer bzw. familiengenetischer Art und frühe adverse soziale und umweltbezogene Ereignisse und Bedingungen zur Ausbildung einer erhöhten Vulnerabilität beitragen, die sich wiederum über entwicklungsbiologische, psychologische und soziale Prozesse weiter akzentuieren oder abschwächen kann“ (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 890). Eine depressive Episode beruht nach dieser Modellvorstellung auf bestimmten „Vulnerabilitätskonstellationen“, die durch individuelle (z.B. Alter, Geschlecht, körperliche Krankheiten etc.) oder soziale Ursachen bedingt sind (z.B. Bildung, soziales Netzwerk, Einstellungen, Normvorstellungen etc.) Vor dem Hintergrund dieser Vulnerabilitäten können auslösende Ereignisse (z.B. persönliche Erfahrungen; denkbar sind allerdings auch öffentlich diskutierte Ereignisse) im Zusammenspiel mit weiteren Einflussgrößen (z.B. vorherige Störungen, Bewältigungs- und Lebensstrategien, soziale Unterstützung) eine depressive Episode nicht nur hervorrufen, sondern durch diese auch selbst beeinflusst werden. Aus dem Zusammenspiel der genannten Faktoren ergeben sich schließlich Folgen aus der Depression, die sowohl kurzfristig als auch langfristig spürbar sein (z.B. soziale Isolation, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilfesuchen) und wiederum langfristig zu einer Verstärkung existierender Vulnerabilitäten führen können.

Abbildung 7. Vulnerabilitäts-Stress Modell der Depression



Anmerkung. Darstellung nach Beesdo-Baum und Wittchen (2011, S. 891)

Das Modell verdeutlicht, inwiefern aktuelle Konzepte und Modelle von Depressionen Ursachenbündel aus verschiedenen Bereichen integrieren. Es erklärt einerseits das Zustandekommen einzelner depressiver Symptome bis hin zum Aufkommen eines depressiven Syndroms und liefert andererseits Anhaltspunkte dafür, wie sich Depressionen über die Zeit aufrechterhalten können. Seine Bestandteile und deren Zusammenhänge sind größtenteils gut belegt (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 891). Gleichzeitig ist es aufgrund der Komplexität des Modells ausgesprochen schwierig, das Gesamtmodell zu überprüfen. Es finden sich allerdings zahlreiche Studien, die einzelne Faktoren untersuchen, die zur Vulnerabilität von Depressiven beitragen. Zu diesen Faktoren zählen sowohl belastende Lebensereignisse als auch sozialpsychologische Risikofaktoren. In der Depressionsforschung wurde in den letzten Jahrzehnten der Stellenwert belastender Lebensereignisse als Auslöser einer Depression jedoch relativiert,[28] da diese nur selten zum Ausbruch einer Depression führen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 892). Die einzelnen depressiven Symptome, die durch belastende Lebensereignisse hervorgerufen werden können, variieren deutlich, so dass man den Zusammenhang zwischen Lebensereignissen und einer Depression mittlerweile sehr genau differenziert (Keller, Neale & Kendler, 2007; Stader & Hokanson, 1998). Außerdem finden sich bei etwa einem Drittel der

[28] Etwa der Tod einer nahestehenden Person; vgl. dazu auch die verkürzte, angemessene Dauer von Trauerreaktionen in der aktualisierten Version des Diagnosehandbuchs DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

Depressionserkrankungen umgekehrt gar keine belastenden Lebensereignisse, die mit der Erkrankung in Verbindung stehen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 892; Kendler, Karnowski & Prescott, 1999). Zimmermann et al. (2008) zeigen, dass belastende bzw. traumatische Lebensereignisse insbesondere bei Personen mit erhöhter Vulnerabilität (hier konkret: Eltern mit Depressionserkrankung) zu einem erhöhten Depressionsrisiko führen, was für ein facettenreiches „Zusammenspiel von Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 892) spricht. Zu sozialpsychologischen Risikofaktoren zählt beispielsweise die fehlende Fähigkeit, mit belastenden Ereignissen umzugehen („Coping-Strategien"). Ist die Fähigkeit zur sozialen und kognitiv-affektiven Bewältigung von belastenden Ereignissen nur unzureichend ausgeprägt, kann bei weiteren negativen Ereignissen ein Gefühl der Hoffnungslosigkeit auftreten. Die Entwicklung von Coping-Strategien hängt wiederum mit der wahrgenommenen Kontrolle über das eigene Leben und mit flexiblen „Kognitions- und Handlungsmustern" zusammen, auf die Personen in Problemsituationen zurückgreifen können (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 893; Cueni, Abbruzzese, Brühl & Herwig, 2011, S. 106).

Offen bleibt in dem (allgemein gehaltenen) ätiologischen Modell allerdings die Rolle, die Medien im Zusammenhang mit Depression und Suizidalität spielen können. Rezipierte Medieninhalte können dem Modell zufolge in erster Linie als Auslöser (Trigger) fungieren. Wie im Modell angenommen, hängt auch die Nutzung von Medieninhalten sowie deren Rezeption und Wahrnehmung von intraindividuellen und sozialen Faktoren ab (vgl. McQuail, 2010, S. 422; Rosengren, 1996, S. 26; Schweiger, 2007, S. 270–301). Empirische Befunde zeigen zudem, dass die Nutzung von Medien mit Depressionen verbunden sein kann (vgl. Scherr & Reinemann, 2011). Bislang fehlt allerdings noch ein detaillierteres Bild von den sich dabei ergebenden Einflussstrukturen. Offen ist außerdem, inwiefern sich sowohl die Mediennutzung, die Medienrezeption als auch die Medienwahrnehmung als Trigger auf Depressionen und deren akute und langfristige Folgen – insbesondere Suizidalität – auswirken. Umgekehrt stellt sich die Frage, welche Auswirkungen vorhandene Depressionen auf die Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung haben. Auch dazu existieren bisher zahlreiche Einzelbefunde, während eine umfassende Modellprüfung bislang noch aussteht.

Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodelle von Depressionen

Die Frage, warum vulnerable Menschen unterschiedlich auf Stressoren reagieren, zählt zu den kontroversesten und meist diskutierten Fragen in der Forschung: Während manche Personen bereits bei geringfügigen Stressoren depressive Symptome entwickeln, zeigen andere Personen selbst bei gravierenden Lebenseinschnitten keine depressive Symptomatik (Joormann, 2009, S. 298). Kognitive Depressions-

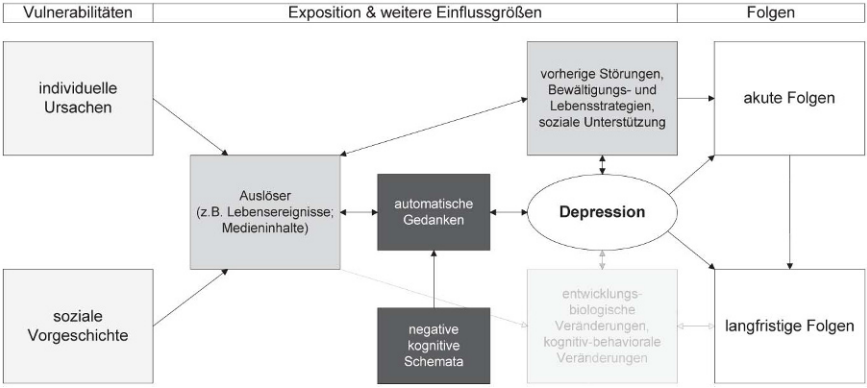
modelle liefern dafür Erklärungsansätze (Beck, 1987).[29] Kognitive Modelle akzeptieren grundsätzlich die Prämisse der Interaktion individueller psychologischer Vulnerabilität und depressionsauslösender Umweltstressoren und schlagen somit eine Brücke zwischen der menschlichen Kognition und (negativen) Gefühlszuständen (Joormann, 2009, S. 298).[30] Die Grundlagen dieser Modelle stammen aus einer Zeit, in der die Kognitionen und Informationsverarbeitungsprozesse von depressiven Menschen mit denen Gesunder verglichen wurden. Dabei wurde festgestellt, dass Depressive kognitive Defizite zeigen (Coyne & Gotlib, 1983), die dazu führen, dass emotionale Stimuli verzerrt verarbeitet werden (Joormann, 2009, S. 298). Die Modelle postulieren, dass Einstellungen gegenüber und Interpretationen von der sozialen Realität für das Entstehen depressiver, affektiver Zustände verantwortlich sind. Dem liegen dysfunktionale kognitive Schemata zugrunde, die die Wahrnehmung und Interpretation der Realität verzerren (Beck, 1987, S. 14–15; Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 894; Joormann, 2009, S. 299–301). Pössel (2009, S. 672) beschreibt diese Schemata als „Strukturen, durch die eine Person die Reize bestimmter Situationen wahrnimmt, bewertet und neue Erfahrungen idiosynkratisch strukturiert". Die zentralen Themen depressiver Schemata sind „Hoffnungslosigkeit, Selbstkritik und geringe Selbstachtung" (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 895). In Becks kognitivem Modell der Depression führen die dysfunktionalen kognitiven Schemata zu einer verzerrten Aufmerksamkeit und Informationsverarbeitung, zu verzerrtem und ruminativem Denken, zu fehlerbehafteten Erinnerungen und dysfunktionalen Einstellungen (Beck, 1987; Disner, Beevers, Haigh & Beck, 2011). Die kognitiven Prozesse lassen sich im ätiologischen Modell der Depression zwischen Umweltreizen und der Krankheit Depression verorten. Die zugrunde liegende Annahme dabei ist, dass Depressionen grundsätzlich durch kognitive Prozesse hervorgerufen oder aufrechterhalten werden können (Disner et al., 2011). Weitgehend unbestritten ist, dass Depressionen mit negativen Kognitionen einhergehen, offen ist dagegen die Frage, ob sie sich auch aus dysfunktionalem Denken heraus entwickeln können (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 895). Das Modell ist ebenfalls deskriptiv und lässt sich nur schwer global prüfen. Die grundlegenden Modellannahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells sind nachstehend in Abbildung 8 zusammengefasst. Darin wurden die kognitiven Ursachen für Depressionen integriert.

---

29 Daher beruhen auch die bis heute erfolgreichsten Therapieansätze auf kognitiven Depressionsmodellen.

30 Gleichwohl wird kritisiert, dass die zugrunde liegenden Annahmen des Vulnerabilitäts-Stress-Modells selten im Zusammenhang mit kognitiven Modellen überprüft wurden: „Fewer studies, however, have explicitly tested the underlying vulnerability-stress model or examined how deficits in recall, attentional biases toward negative material, and mood-congruent memory are related to each other and, more importantly, to the hallmark feature of depression—sustained negative affect" (Joormann, 2009, S. 299).

Abbildung 8. Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression und negative kognitive Schemata

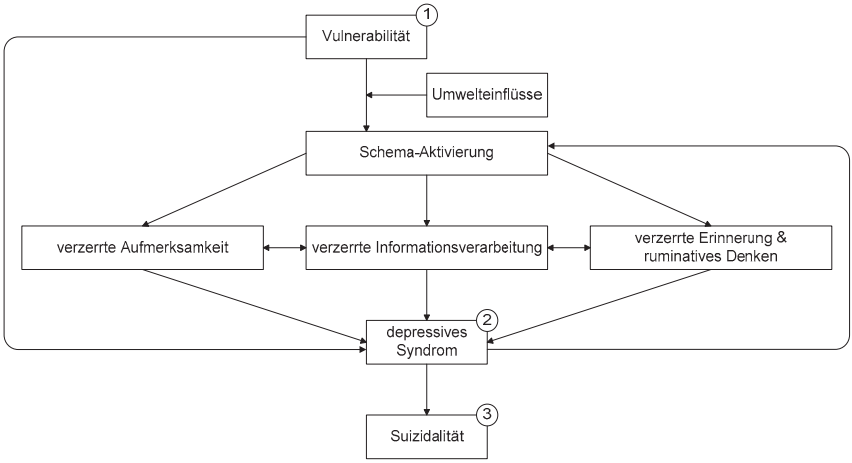


Anmerkung. eigene Darstellung nach Beesdo-Baum und Wittchen (2011, S. 891; 895)

Die von Aaron Beck entwickelte kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressionen setzt an diesem Punkt (Beck et al., 2010) an und hat zum Ziel, die dysfunktionalen Interpretationsmuster zu verändern und negativ-verzerrte Denkstrukturen depressiver Patienten aufzulösen (Beck et al., 2010, S. 136–137; Schmidtke & Schaller, 2009, S. 177). Bei diesen ist häufig von der „kognitiven Triade“ die Rede, womit negative Einstellungen Depressiver gegenüber sich selbst, ihrer Umwelt und ihrer Zukunft gemeint sind (Beck et al., 2010, S. 41–43; Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 895; Reich & Weary, 1998). Die negativen kognitiven Schemata halten sich durch negative Erfahrungen und Lernprozesse aufrecht und führen zu einer Vielzahl von Fehlern bei der Interpretation der sozialen Realität. Zu diesen zählen automatische Gedanken, wie z.B. die Tendenz zu Übergeneralisierungen, das Über- oder Unterschätzen von Situationen, Alles-oder Nichts-Denken, ein Tunnelblick bzw. kognitiver Filter auf negative Aspekte und das Ignorieren positiver Aspekte. Auch die imperative Vorstellung davon, wie man sich verhalten „sollte“ oder „müsste“, oder Fehlerattributionen auf die eigene Person (vgl. dazu detaillierter Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 896; Cueni et al., 2011) zählen zu diesen automatischen Gedanken. Das häufig im Zusammenhang mit Depressionen beobachtete (grübelnde, um eine Sache kreisende) ruminative Denken trägt als verstärkender Mechanismus zudem dazu bei, dass negative Denkmuster erhalten bleiben. Disner, Beevers, Haigh und Beck (2011) schlagen auf Basis der sozialkognitiven Theorie ein Informationsverarbeitungsmodell für Depressionen vor, das die kognitiven Prozesse in den Vordergrund stellt (siehe Abbildung 9). Darin zeigen sich als zentrale Größen die verzerrte Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung und Erinnerung.

Negative kognitive Schemata sind internalisierte Erfahrungen und Vorstellungen, die sich durch negative Erlebnisse in der Vergangenheit manifestieren und insbesondere bei vulnerablen Personen (1) durch externe Umweltereignisse aktiviert werden können. Die negativen kognitiven Schemata führen gerade bei Depressiven dazu, dass die Aufmerksamkeit insbesondere auf Botschaftsaspekte gelenkt wird, die sich auf relevante Eigenschaften der Person beziehen lassen (Wiebking & Northoff, 2012). Diese werden dann negativ in Bezug auf die eigene Person, die eigene Umwelt und die eigene Zukunft interpretiert („kognitive Triade"). Dadurch entsteht ein Ungleichgewicht in Richtung selbstbezogener, negativer Umweltinformationen, die sich negativ auf den Selbstwert der Person auswirken. Entscheidend für die Aktivierung der negativen kognitiven Schemata sind Situationen oder Stressoren, die in Bezug zum Wertesystem der depressiven Personen stehen und somit relevant für den Selbstwert sind (Disner et al., 2011, S. 467). Daraus kann ein depressives Syndrom (2) entstehen, das wiederum dazu beiträgt, dass negative kognitive Schemata aufrechterhalten bleiben. Ein depressives Syndrom kann außerdem die Suizidalität erhöhen (3).

Abbildung 9. Informationsverarbeitung im Rahmen des kognitiven Depressionsmodells



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Disner, Beevers, Haigh und Beck (2011, S. 469)

Eine globale empirische Überprüfung des Modells der Informationsverarbeitung, das in das Vulnerabilitäts-Stress-Modell der Depression mit negativen kognitiven Schemata integriert wurde (vgl. Abbildung 8), unternahmen Pössel und Knopf

(2011), die die theoretischen Annahmen weitgehend bestätigten. Obwohl also in der Forschungsliteratur die empirische Überprüfbarkeit angezweifelt wurde, finden sich empirische Belege für das Zusammenwirken der hier aufgezeigten Faktoren. Wichtig ist dabei zu betonen, dass das überprüfte integrierte Modell sowohl Aspekte der kognitiven Theorie nach Beck als auch das grundlegende Verständnis von Vulnerabilitäts-Stress-Modellen und individuelle Unterschiede im kognitiven Umgang mit Depressionen integriert (z.B. ruminatives Denken; vgl. Morrison & O'Connor, 2008, S. 354). Die Studie zeigt, dass die einzelnen Modellbausteine aus verschiedenen Depressionsmodellen grundsätzlich integrierbar sind und jeweils zur Erklärung von Depressionen beitragen. Die Modellauffassung nach Beck, Rush, Shaw und Emery (2010, S. 41–43), wonach im Kontext von Depressionen häufig entsprechend negative kognitive Schemata, kognitive Fehler, die „kognitive Triade" und automatische (negative) Gedanken beobachtet werden können, bestätigte sich. Pössel und Knopf (2011) belegen empirisch, dass die Modellbausteine getrennt voneinander beobachtet werden können, ohne in einer bestimmten Reihenfolge aufeinander aufbauen zu müssen. Außerdem zeigt die Studie, dass ruminatives Denken in brütendes Denken („brooding rumination") und reflektiertes Grübeln („reflective pondering") differenziert werden muss, wobei reflektiertes Grübeln nicht mit stärker ausgeprägten depressiven Symptomen assoziiert ist.

Erhöhte Suizidalität – eine häufige Folge von Depression – ist in dem ursprünglichen Modell nach Disner, Beevers, Haigh und Beck (2011, S. 469) nicht eingeschlossen, da das Modell kognitive Erklärungsansätze für Depressionen liefert. Das Hoffnungslosigkeitsmodell nach Abramson, Metalsky und Alloy (1989) bietet eine theoretische Begründung für die Modellerweiterung. Der Theorie zufolge streben Menschen danach, ihre Erfahrungen plausibel zu erklären, wobei die Erklärungen subjektiv, idiosynkratisch und selbstfokussiert sind (Pössel, 2009, S. 674). Im Zusammenhang mit diesen Erklärungsversuchen wird jedem Ereignis schematisch eine Bedeutung zugeschrieben, die auf die eigene Person bezogen ist (internal oder external; „ich oder andere sind verantwortlich für das Ereignis"), auf die eigene Zukunft (stabil oder variabel; „das Ereignis wird in Zukunft wiederholt auftreten oder nicht") und auf die Generalisierbarkeit des Ereignisses auf andere Situationen (global oder spezifisch; „das Ereignis lässt sich auf andere Situationen übertragen oder nicht") (Pössel, 2009, S. 674). Vulnerable Personen zeigen dem Hoffnungslosigkeitsmodell nach Abramson, Metalsky und Alloy (1989) zufolge ebenfalls die Tendenz zu bestimmten Wahrnehmungsverzerrungen, die als Ursache von Depressionen angesehen werden, nämlich 1) stabile und globale Erklärungen für belastende Ereignisse zu präferieren, 2) negative Ereignisse zu internalisieren und daran den eigenen Selbstwert zu bemessen oder 3) aus negativen Ereignissen weitreichende negative Konsequenzen für sich selbst abzuleiten. Negative Ereignisse können sowohl kritische Lebensereignisse, wie der Verlust einer vertrauten Person, aber auch alltägliche Belastungen (sog. „daily hassles") sein, sofern sie als persönlich

relevant angesehen werden (Pössel, 2009, S. 674). Für die Entstehung einer Depression wird dann die Interaktion aus den drei Vulnerabilitätsfaktoren und belastenden (Alltags-)Ereignissen angenommen. Ein wichtiger Mechanismus ist in diesem Zusammenhang der häufig bei Depressionen anzutreffende niedrige Selbstwert. Der Hoffnungslosigkeitstheorie zufolge kommt ein niedriger Selbstwert dadurch zustande, dass die internalen Attributionen von Fehlern einen Aufwärtsvergleich hervorrufen, der zu der Wahrnehmung führt, dass andere Personen erfolgreicher mit problematischen Situationen umgehen und damit – im Gegensatz zu einem selbst – mehr erreichen können. Weil sich mit dem Modell nicht alle Depressionen erklären lassen, wird die Hoffnungslosigkeitsdepression heute als eigener Subtyp der Depression angesehen (Pössel, 2009, S. 675), der insbesondere von negativen Zukunftserwartungen geprägt ist. „Suizidalität ist ein wichtiges weiteres Symptom dieses Subtyps“ (Pössel, 2009, S. 675). Das Hoffnungslosigkeitsmodell (Abramson et al., 1989) teilt somit grundlegende Vorstellungen mit dem Prädispositions- bzw. Vulnerabilitätsmodell für Depression. Weitere Modelle gehen von einer umgekehrten Wirkungskette aus und postulieren, dass Depressionen zu einer Erosion des Selbstwertes führen („Scar-Model“ der Depression). Eine aktuelle Meta-Analyse (Sowislo & Orth, 2013) greift diese Grundsatzdiskussion auf und liefert anhand der Analyse von Längsschnittuntersuchungen zu dem Thema einen wichtigen Beleg dafür, dass sich die Annahmen des Vulnerabilitätsmodells der Depression eher aufrechthalten lassen: Der Effekt des Selbstwertes auf die Depression wird in der Meta-Analyse auf $\beta = -.16$ geschätzt, während in Längsschnittuntersuchungen der umgekehrte Effekt von der Depression auf den Selbstwert auf $\beta = -.08$ geschätzt wird. Die Meta-Analyse stützt damit die zentralen Annahmen, die dieser Untersuchung zugrunde liegen, und unterstreicht die grundsätzliche Relevanz von Vulnerabilitätseffekten auf Depressionen (Sowislo & Orth, 2013).

Multifaktorielles Depressionsmodell

Parkinson, Totterdell, Briner und Reynolds (2000, S. 201) differenzieren zwischen psychodynamisch-interpersonalen Modellen und kognitiv-verhaltensorientierten Modellen der Depression sowie einer dritten Gruppe integrativer Modelle. Solche multifaktoriellen Depressionsmodelle gehen von einem „Zusammenwirken von dispositionellen und Umweltfaktoren“ (Pössel, 2009, S. 676) aus und stellen neben kognitiven Prozessen auch lerntheoretische Abläufe in ihren Mittelpunkt. Den Ausgangspunkt für Depressionen in diesen Modellen bilden soziale Isolation, kritische Lebensereignisse und sogenannte „daily hassles“. Die auslösenden Ereignisse tragen dazu bei, dass alltägliche Verhaltensautomatismen unterbrochen und stattdessen spontane affektive (teilweise wenig differenzierte) Reaktionen hervorgerufen werden. Diese spontanen Reaktionen können wiederum negative Erinnerungen an

vergangene, ähnliche Ereignisse zum Vorschein bringen. Dadurch wird die Selbstaufmerksamkeit erhöht und im Falle nicht ausreichend verfügbarer Coping-Strategien, die den Umgang mit den Stressoren erleichtern, werden die Erlebnisse weiter internalisiert, woraus neue Selbstkritik erwachsen kann. Die kritische Selbstbetrachtung blockiert in der Modellvorstellung weiterhin normale Verhaltensweisen, was einen Prozess lostreten kann, der schlimmstenfalls in einer depressiven Symptomatik mündet, weil positive Verstärkungen ausbleiben (Pössel, 2009, S. 676). Der wichtige Einfluss positiver (sozialer) Verstärkung fehlt im Zusammenhang mit Depressionen jedoch durch den häufig damit einhergehenden sozialen Rückzug in der Regel aus und nimmt darüber hinaus auch langfristig ab, weil das soziale Umfeld Depressive meidet, wenn diese sich zu häufig beklagen oder nach Hilfe suchen (Berking & Radkovsky, 2012, S. 36). Insbesondere die oftmals unterschätzte Bedeutung subklinischer depressiver Symptome erhält in dieser Modellvorstellung zusammen mit weiteren Vulnerabilitätsfaktoren einen besonderen Stellenwert.[31] Der Einfluss der Vulnerabilitätsfaktoren aktiviert kognitive und affektive Reaktionsmuster, die einen Einfluss auf die Selbstaufmerksamkeit haben. Der Antagonist dieser Prozesse sind Coping-Strategien, die verhindern, dass Stressoren einen zu großen Einfluss auf vulnerable Personen nehmen. Zu diesen Coping-Strategien zählen u.a. die soziale Unterstützung oder Persönlichkeitseigenschaften (z.B. Selbstwert, Neurotizismus; vgl. Karsten et al., 2012; Klein, Kotov & Bufferd, 2011; Pössel, 2009, S. 676–677; Richter, 2000). Im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), dem bis heute am „verbreitetsten und am besten untersuchten Therapieverfahren" (Berking & Radkovsky, 2012, S. 43), haben daher der Aufbau positiver Aktivitäten, ggf. sozialer Kompetenzen und eine kognitive Umstrukturierung höchste Priorität. Die Verbreitung und Struktur der KVT unterstreicht letztlich die große Bedeutung, die eine multifaktorielle Auffassung von Depressionen heute besitzt. Depressive Symptome können also kognitiv, emotional, oder behavioral sein (Pössel, 2009, S. 676). Diese Vielschichtigkeit drückt sich auch in der empirischen Messung von Depressionen aus. Statistisch lassen sich Depressionen dementsprechend unterschiedlich modellieren. Brouwer, Meijer und Zevalkink (2013) zeigen allerdings, dass ein globales Verständnis von Depressionen nicht nur der Realität der Krankheit nahekommt, sondern auch statistisch gegenüber mehrdimensionalen Modellen von Depression keine schlechtere Erklärungskraft besitzt.[32]

---

[31] Diese Annahme beeinflusst letztlich die Erhebungsmethode, da die Relevanzzuschreibung an subklinisch relevante Symptome auch Datenerhebungen ohne ärztliche Diagnose einen besonderen Stellenwert einräumt.

[32] Auch in der vorliegenden Arbeit wird daher das Verständnis von einer (statistisch) einfaktoriellen Struktur der Depression vertreten. Die Auffassung würdigt theoretisch die einzelnen Komponenten einer Depression (kognitiv, affektiv, somatisch-vegetativ) und fasst diese empirisch im Rahmen eines einfaktoriellen Depressionsmodells zusammen.

2.2.5 Begriffliche Differenzierung: Emotion – Stimmung – Affekt – Depression

Depressionen zählen der internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-10) zufolge zur Klasse der affektiven Störungen und stellen somit „Veränderungen im emotionalen Bereich" (Barnow, Aldinger, Ulrich & Stopsack, 2013, S. 235) dar. Es liegt somit nahe, ausgehend vom Begriff des Affekts eine Abgrenzung gegenüber Emotionen, Stimmungen und der Krankheit Depression vorzunehmen (vgl. dazu auch Rosenberg, 1998, S. 250). Bereits die Übersicht über die verschiedenen emotionsbezogenen Symptome von Depressionen in Tabelle 3 deutet auf einen klaren Bezug zwischen Emotionen und Depressionen hin. Wirth (2013, S. 228) zufolge umfassen affektive Phänomene „Stimmungen (moods) und Emotionen". Als Ergebnis einer Zusammenschau diverser Definitionen schlagen Kleinginna und Kleinginna (1981, S. 355) folgende Definition von Emotionen vor:

> Emotion is a complex set of interactions among subjective and objective factors, mediated by neural/hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences such as feelings of arousal, pleasure/displeasure; (b) generate cognitive processes such as emotionally relevant perceptual effects, appraisals, labeling processes; (c) activate widespread physiological adjustments to the arousing conditions; and (d) lead to behavior that is often, but not always, expressive, goal-directed, and adaptive.

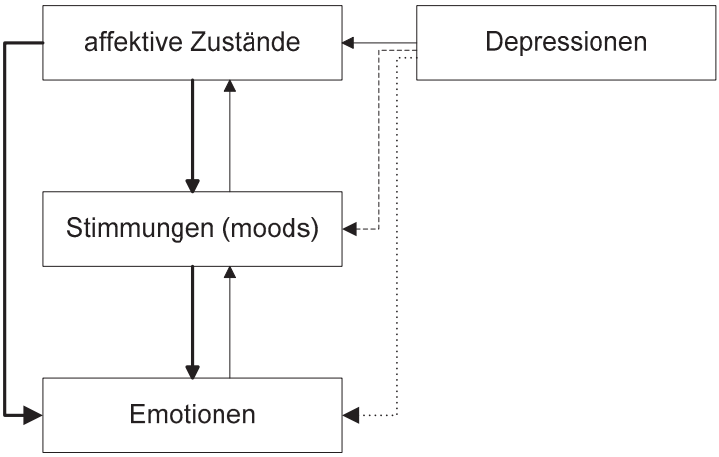
Diesem Verständnis von Emotionen liegt die Vorstellung zugrunde, dass sich Emotionen aus mehreren Komponenten zusammensetzen (Moors, 2009, S. 626). Zu diesen zählt beispielsweise eine kognitive, eine affektive und eine im weitesten Sinne verhaltensbezogene Komponente (vgl. Tabelle 1 bei Moors, 2009, S. 626). Diese Komponenten erfüllen Funktionen hinsichtlich der Beobachtung und Evaluation der sozialen und gefühlsrelevanten Umwelt, der eigenen Gefühle sowie des eigenen Handelns (Moors, 2009, S. 626). Detaillierter schreibt Wirth (2013, S. 228), dass Emotionen „kognitive, subjektive, physiologische, expressive, motivationale und regulative Komponenten" einschließen können, die jedoch nicht zwingend alle zugleich an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Emotionen mitwirken. „Emotionen sind eher episodisch, auf konkrete Ereignisse zurückführbar, von eher kurzer Dauer und intensiv" (Wirth, 2013, S. 228). Stimmungen (moods) sind dagegen „dauerhafte Begleiter des Alltags. Sie sind meist die Folge vieler kleiner Ereignisse oder auch allgemeiner Lebensumstände und werden weniger intensiv und oft auch weniger bewusst erlebt. Stimmungen informieren über den aktuellen Zustand des Selbst" (Wirth, 2013, S. 229). Stimmungen können als diffuse affektive Zustände verstanden werden, die von länger andauernden subjektiven Gefühlen geprägt sind, auf die individuelle Wahrnehmung einwirken und somit auch unser Verhalten beeinflussen (Scherer, 2005, S. 705). Stimmungen können unabhängig von konkreten Ursachen entstehen, sind also nicht immer auf konkrete Ereignisse zurückzuführen, sind meist von geringer Intensität, bleiben allerdings auch über einen länge-

ren Zeitraum bestehen (Scherer, 2001, S. 705). Während nach dieser Definition Stimmungen und Emotionen voneinander abgegrenzt werden, finden sich im Begriff des Affekts in der Regel sowohl Stimmungen als auch Emotionen subsumiert (Rosenberg, 1998, S. 247; Wirth, 2013, S. 229). Bei Depressionen handelt es sich um eine affektive Störung als einem definierten Krankheitsbild.[33] Als eine den Affekt betreffende Störung können Depressionen folglich sowohl mit kurzfristigen Emotionen als auch mit länger anhaltenden Stimmungen im Zusammenhang stehen (Rottenberg, 2005). Sie sind demnach sowohl durch konkrete Ereignisse als auch durch allgemeine Lebensumstände beeinflussbar. Rottenberg (2005, S. 167) unterscheidet Stimmungen („moods") und Emotionen speziell im Kontext von Depressionen ähnlich wie Wirth (2013): Stimmungen sind diffuse, sich nur langsam bewegende Gefühlszustände, die nur schwach mit bestimmten Objekten oder Situationen korreliert sind und in der Regel über Stunden oder Tage andauern. Parkinson, Totterdell, Briner und Reynolds (2000, S. 17) weisen darauf hin, dass im Rahmen von Depressionen selbst Stimmungslagen sehr intensiv sein und über einen längeren Zeitraum andauern können. Stimmungen haben Rottenberg (2005) zufolge die deutlichsten Auswirkungen auf Gefühlszustände und Kognitionen, weniger auf Verhalten und Physiologie. Demgegenüber sieht Rottenberg (2005, S. 167) Emotionen als unmittelbare Reaktionen auf individuell bedeutsame Stimuli. Sie können Veränderungen des Gefühlszustands, des Verhaltens und/oder der Physiologie auslösen, dauern allerdings nur wenige Sekunden oder Minuten an.

Über die begriffliche Abgrenzung hinaus verdeutlichen hierarchische Modelle und Verlaufsmodelle die Zusammenhänge zwischen diesen affektbezogenen Größen. Rosenberg sieht beispielsweise affektive Zustände als eine den Stimmungen und Emotionen primär übergeordnete Größe an (vgl. Abbildung 10). Im Einzelfall können sich Stimmungen allerdings auch aus (Rest-)Emotionen entwickeln (Rosenberg, 1998, S. 254), obwohl das Modell davon ausgeht, dass in der Regel eher Stimmungen entsprechende Emotionen begünstigen.

[33] Der Diagnose Depression liegen verschiedene Kriterien zugrunde, die in internationalen Klassifikationssystemen (ICD; DSM) festgehalten sind.

Abbildung 10. Zusammenhänge zwischen Depressionen, affektiven Zuständen, Stimmungen und Emotionen



Anmerkung. Abbildung nach (Rosenberg, 1998, S. 254). Die dunkleren Pfeile geben die Hauptrichtung an, wenngleich bidirektionale Verbindungen nicht ausgeschlossen werden.

Folgt man der genannten Definition und dem vorgeschlagenen Hierarchiemodell, beeinflussen Depressionen die Stimmung (mood), schließen aber nicht notwendigerweise emotionale Reaktionen ein (Rottenberg, 2005, S. 167). Stark ausgeprägte Stimmungen können allerdings entsprechende emotionale Reaktionen (z.B. Traurigkeit) fördern – eine These, die auch durch die zahlreichen klinischen Beobachtungen von Depressionen gestützt wird („mood-facilitation hypothesis"; Rosenberg, 1998). Die Studie von Rottenberg (2005), der zufolge Depressive nicht intensiver auf traurige Stimuli reagieren als nicht-depressive Personen, verdeutlicht die Verbindungslinien zwischen Stimmungen und Emotionen. Die Studie deutet darauf hin, dass Depressionen emotionale Reaktionen auf traurige Stimuli sogar verhindern können (Rottenberg, 2005, S. 169). Rottenberg (2005) schlussfolgert, dass Depressionen sowohl positive als auch negative emotionale Reaktionen reduzieren und spricht in diesem Zusammenhang allgemein von einer Gefühllosigkeit in emotionalen Kontexten („emotion context insensitivity"; Rottenberg, 2005, S. 169; vgl. das Symptom „Gefühl von Gefühllosigkeit" in Tabelle 3). Rottenberg (2005, S. 170) empfiehlt daher, in zukünftigen Studien genauer nach dem Schweregrad einer vorliegenden Depression zu differenzieren und spekuliert darüber, ob etwa leichte Depressionen emotionale Reaktionen begünstigen, während klinisch relevante,

schwere Formen von Depression unter Umständen emotionale Reaktionen sogar verhindern (Rottenberg, 2005, S. 170).

2.2.6 Die Brücke zwischen Emotionen und Kognitionen

Bereits die im vorherigen Abschnitt unternommenen definitorischen Abgrenzungen von Depressionen, Emotionen und Stimmungen deuten auf ein Begriffsverständnis, das die Entstehung emotionaler Phänomene nicht von kognitiven Prozessen abkoppelt (vgl. Wyer, Clore & Isbell, 1999).[34] Auch Kühne (2013, S. 7) differenziert Kognitionen und Emotionen als separate, jedoch miteinander interagierende Prozesse, die konzeptuell unterschieden werden können, praktisch aber so eng miteinander verflochten sind, dass sie nahezu ausschließlich gemeinsam beobachtbar sind. Zu den kognitiven Prozessen rechnet Kühne (2013, S. 7) die „Enkodierung, Speicherung und das Abrufen von Informationen". Kühne (2013, S. 7) zufolge löst die Verarbeitung von Stimuli besonders dann Emotionen aus, wenn sie vom Individuum als relevant eingeschätzt werden. Emotionen sind demnach das Resultat von kognitiven Evaluierungsprozessen der Umwelt und bestehen außerdem aus mehreren Komponenten.[35] Gleichzeitig beeinflussen Emotionen kognitive Prozesse. Der beschriebene Einwand, dass ein Stimulus persönlich relevant sein muss, damit Emotionen hervorgerufen werden, beschreibt den als gesichert geltenden Befund (Scherer, 2001, S. 700–701) einer Verbindung von Kognitionen und Emotionen: Evaluationsprozesse, welche die persönliche Relevanz als wichtige Voraussetzung für emotionale Wirkungen abschätzen, implizieren schließlich kognitive Prozesse. Für diese Abschätzung müssen verschiedene Faktoren, Erfahrungen, Bedürfnisse, Wünsche und Ziele der Person notwendigerweise berücksichtigt werden (Scherer, 2001, S. 701) – Emotionen entstehen demnach mithilfe von Kognitionen. Diese Annahmen folgen im Wesentlichen emotionalen Komponentenmodellen und Appraisal-Theorien (Döveling, Scheve & Konijn, 2011; Frijda, 1986; Lazarus, 1991, 2001; Moors, 2009; Roseman & Smith, 2001; Scherer, 2001, 2005). Demnach sind Kognitionen eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung von Emotionen, unabhängig davon, ob die kognitiven Prozesse bewusst oder automatisch ablaufen

---

34 Man muss dabei allerdings zwischen Studien differenzieren, die durch Induktion verschiedene Stimmungen („moods") erzeugen und deren Einfluss auf die Verarbeitung, Interpretation und Erinnerung von Informationen belegen. Dabei steht also nicht der Einfluss affektiver Zustände, sondern temporärer Stimmungen auf die Kognitionen im Zentrum (Wyer, Clore & Isbell, 1999, S. 25).

35 Es wird von einer affektiven Komponente (subjektives Erleben), einer physiologischen Komponente (körperliche Reaktionen) und einer konativen Komponente (Verhaltensintentionen und -weisen) ausgegangen (Kühne, 2013, S. 7).

(Moors, 2009, S. 638).[36] Diese Vorstellung deckt sich mit den Annahmen klinischer Depressionsmodelle. Außerdem liefern Emotionstheorien weitere Erklärungsansätze, wie aus dem Zusammenspiel von Kognitionen und Emotionen Handlungen resultieren, was insbesondere vor dem Hintergrund von Nachahmungssuiziden im medialen Kontext von großer Relevanz ist.[37] Die Brücke zwischen Emotionen und Kognitionen wird besonders dann erkennbar, wenn man sich den Entstehungsprozess von Emotionen vor dem appraisaltheoretischen Hintergrund vergegenwärtigt. Die Grundlage für die vorgeschlagene Modellvorstellung bilden das Prozessmodell der Emotion nach Rosenberg (1998, S. 255) und die Annahmen appraisaltheoretischer Emotionsmodelle nach Moors (2009, S. 639). Dabei wird die zuvor hergeleitete Hierarchie von affektiven Zuständen, Stimmungen („moods") und Emotionen beibehalten (vgl. Abbildung 10). Emotionen können dem Modell zufolge einerseits aufgrund des (z.B. depressiven) affektiven Zustands oder aus entsprechenden Stimmungen heraus entstehen, die durch Depressionen beeinflusst sind, oder andererseits aus der schrittweisen Evaluation von Umweltreizen. Bewusste oder unbewusste kognitive Prozesse bestimmen dann, welche Stimuli aus der Umwelt letztlich zu welchen und wie starken Emotionen führen (Moors, 2009, S. 638; Wirth & Schramm, 2007, S. 156). Appraisalabhängige Emotionen beruhen auf situationsspezifischen Bewertungsprozessen mit „Ich-Bezug" (Wirth & Schramm, 2007, S. 167–168). Aus der Evaluation des Stimulus folgen auf motivationaler Ebene Handlungstendenzen und auf somatischer Ebene physiologische Reaktionen, aus denen letztlich Verhalten als Ausdruck der motorischen Reaktionsebene resultiert. Aus all diesen Reaktionen auf den Stimulus ergibt sich auf der Gefühlsebene eine emotionale Erfahrung. Aus der Gesamtheit dieser Prozesselemente folgt letztlich die durch den Stimulus hervorgerufene Emotion (siehe Abbildung 11). Die Evaluationen finden stets vor dem persönlichen Erfahrungshorizont, den Motiven, Bedenken und verfügbaren Coping-Strategien der jeweiligen Person statt, so dass verschiedene Stimuli gleiche Emotionen hervorrufen können. Andersherum können auch gleiche Stimuli bei verschiedenen Personen verschiedene Emotionen auslösen. Berücksichtigt man gleichzeitig die zuvor beschriebenen Zusammenhänge zwischen Depressionen, affektiven Zuständen, Stimmungen und Emotionen, wird deutlich, dass Umweltstimuli im Zusammenspiel mit affektiven Störungen an der Entstehung und

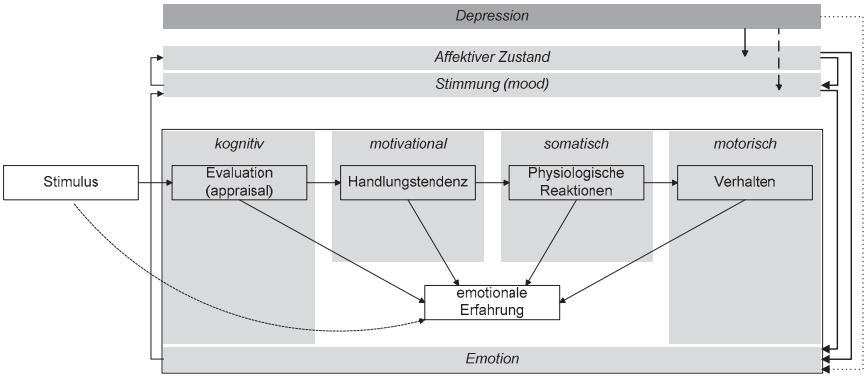
---

36 Dabei ist für die vorliegende Untersuchung von nachrangiger Bedeutung, ob Kognitionen und Emotionen als unabhängige Subsysteme verstanden werden, die miteinander interagieren, oder als ein gemeinsames System (Scherer, 2005, S. 698).

37 Da für die vorliegende Arbeit keine Handlungsindikatoren (wie z.B. die Suizidstatistik als Indikator für vergangene Suizidhandlungen) untersucht werden, um die zugrunde liegenden Forschungsfragen zu beantworten, können handlungsbezogene Implikationen höchstens theoretisch (oder näherungsweise über abgefragte Handlungsintentionen) angestellt werden.

Entwicklung von Emotionen im Rahmen von Appraisalprozessen beteiligt sein können.[38]

Abbildung 11. Appraisaltheoretisches Prozessmodell der Emotion und Depression



Anmerkung. Eigene Darstellung des Prozessmodells nach Rosenberg (1998, S. 255) und Moors (2009, S. 639). Das Modell berücksichtigt gleichzeitig die zuvor hergeleiteten Zusammenhänge zwischen affektiven Zuständen, Stimmungen und Emotionen.

Die in dem Modell in Abbildung 11 enthaltenen Elemente sind in der Modellvorstellung moderner Appraisalansätze kontinuierlichen Veränderungen ausgesetzt, wobei sich die Modellelemente zusätzlich in entgegengesetzter Richtung beeinflussen können (Scherer, 2001). Die Prognoseleistung des Modells ist also ebenso wie die Differenzierung postulierter Wirkungen in Abhängigkeit von einem Stimulus begrenzt. Ein weiterer möglicher Kritikpunkt ist die Reihenfolge der einzelnen Modellkomponenten. Appraisaltheorien nehmen an, dass Kognitionen zu Beginn am Prozess der Stimulusevaluation beteiligt sind und sich erst im Anschluss daran beispielsweise somatische Folgen ergeben. Denkbar ist allerdings auch, dass somatische Bedingungen die kognitiven Prozesse beeinflussen und damit im Modell an erster Stelle stehen müssten. Alternative Modelle gehen daher von einer weniger

[38] Diese Vorstellung ist prinzipiell anschlussfähig an die von Bartsch, Vorderer, Mangold und Viehoff (2008, S. 21) formulierte Modellvorstellung von Meta-Emotionen als dem Resultat eines Appraisalprozesses bereits vorhandener Emotionen. Wirth und Schramm (2007, S. 163) beschreiben Meta-Emotionen als das Beobachten, Bewerten und Modifizieren des emotionalen Zustands. Davon betroffen sind vor allem Emotionen, die auch über den primären Entstehungskontext der ursprünglichen Emotion hinaus als persönlich relevant bewertet werden (Bartsch, Vorderer, Mangold & Viehoff, 2008, S. 16). Der Evaluationsprozess bezieht sich vor allem auf die „controllability", „clarity" und „acceptance" einer Emotion sowie die Einschätzung, ob die Emotion typisch für die Person ist und wie stabil die Emotion bestehen bleiben wird (Wirth & Schramm, 2007, S. 163–164).

streng festgelegten Prozessreihenfolge aus, sind in der Folge allerdings auch empirisch schwieriger prüfbar (vgl. Moors, 2009, S. 655–656).

Die Brücke zwischen (negativen) Kognitionen und depressiven affektiven Zuständen kann auf zweierlei Weisen geschlagen werden. Der erste Ansatz betrachtet das ruminative Denken genauer. Die grübelnde Denkweise wird einerseits durch negative Gefühlszustände begünstigt und hält diese andererseits zugleich aufrecht (Joormann, 2009, S. 299). Dadurch lässt sich erklären, warum Depressionen andauern oder sich trotz therapeutischer Maßnahmen nicht abschwächen. Der zweite Forschungsansatz beruht auf dem Befund, dass Stimmungen mit der Aktivierung stimmungskongruenter Kognitionen verbunden sind (Siemer, 2005). Im Fall negativer Stimmungen werden die dadurch ausgelösten negativen Gedanken normalerweise rasch durch positive Erinnerungen und Gedanken reguliert, nicht aber bei Depressiven, so lautet die Hypothese der kognitiven Inhibition (Joormann & Gotlib, 2010, S. 283–284). Beide Mechanismen bilden die Grundlage für das bereits oben erwähnte Modell der „Hoffnungslosigkeitsdepression" (Abramson et al., 1989), einem Subtyp der depressiven Störungen, bei dem negative, zukunftsbezogene Kognitionsmuster zentral sind. Dem Modell zufolge gehen depressive Personen davon aus, dass erwünschte Ereignisse nicht eintreten, während unerwünschte Ereignisse, ohne die Möglichkeit, auf diese Einfluss zu nehmen, eintreten werden (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 897). Daraus entwickelt sich der als Hoffnungslosigkeit beschriebene Zustand, aus dem es für die Betroffenen keine Auswege zu geben scheint – mit einer Depression als Folge (vgl. die Parallelen zum Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman 1995). Diese Modelle sind jedoch insofern problematisch, als sie nicht in der Lage sind, den Beginn einer Depression zu erklären oder vorherzusagen (Beesdo-Baum & Wittchen, 2011, S. 898). Während der Zusammenhang zwischen einer Depression und Hoffnungslosigkeit als gut belegt gilt, fehlen Belege dafür, dass Hoffnungslosigkeit am Beginn einer Depression steht.

2.2.7 Emotionsregulation und Depression

Durch Emotionsregulation (Gross, 1998; Gross & Feldman Barrett, 2011) steuern Personen, „welche Emotion sie zu welchem Zeitpunkt haben, wie sie diese empfinden und ausdrücken" (Barnow et al., 2013, S. 235). Dass diese kognitiven Regulationsprozesse von Emotionen im Zusammenhang mit Depressionen beeinträchtigt sein können, wurde bereits angesprochen. Die Emotionsregulierungsmechanismen werden im Zusammenhang mit Depressionen häufig unterteilt in maladaptive Strategien (z.B. Rumination oder Suppression von Gedanken) und adaptive Strategien (z.B. Neubewertung und Problemlösung) (Aldao, 2013, S. 156; Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010, S. 218; Barnow et al., 2013, S. 235; Joormann & D'Avanzato, 2010), wobei diese Strategien stets situationsspezifisch betrachtet wer-

den müssen (Aldao, 2013). Aber auch Depressionen selbst werden als maladaptive Emotionen verstanden (neben beispielsweise Angst, Wut, Schuld und im Gegensatz zu adaptiven Emotionen wie Furcht, Traurigkeit, Langeweile und Bedauern; vgl. Spörrle & Försterling, 2007). Das Ziel der Emotionsregulation besteht darin, die Dynamik von Emotionen an die jeweilige Situation anzupassen (Aldao, 2013, S. 155). Gross (1998, S. 225) definiert den Prozess der Emotionsregulation wie folgt:

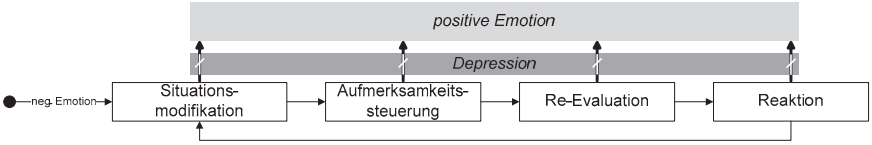
> Certain evaluations trigger a coordinated set of behavioral, experiential, and physiological emotional response tendencies that together facilitate adaptive responding to perceived challenges and opportunities. However, these response tendencies may be modulated, and it is this modulation that gives final shape to manifest emotional responses.

Gross (1998, S. 226) beschreibt also ein Input-Output-Modell, in dem Emotionen an beiden Modellenden modifiziert werden können. So kann eine Emotionsregulation am effektivsten beim Eintreffen eines Umweltreizes durch Re-appraisal (Neubewertung) oder aber nach dessen Verarbeitung beispielsweise durch Suppression stattfinden. Aldao, Nolen-Hoeksema und Schweizer (2010, S. 229) zeigen anhand einer Meta-Analyse zur Emotionsregulation im Kontext verschiedener psychischer Störungen, dass Depressionen vor allem mit den Regulationsstrategien der Vermeidung ($r = .48$, $p < .001$), Rumination ($r = .55$, $p < .001$) und Suppression ($r = .36$, $p < .001$) verbunden sind. Ein höherer Depressionsgrad führt dagegen weniger häufig zur Emotionsregulation über Akzeptanz ($r = –.20$, $p < .001$), Problemlösung ($r = –.33$, $p < .001$) oder Re-appraisal ($r = –.17$, $p < .01$). Weitere Emotionsregulationsstrategien im Zusammenhang mit Depressionen sind neben den bereits genannten nach Barnow, Aldinger, Ulrich und Stopsack (2013, S. 236) die Distraktion, also die Ablenkung vom Umweltreiz, und das Katastrophisieren, damit ist die Betonung eines erlebten Gefühls gemeint (z.B. eines Schreckens). Die Meta-Analyse (Barnow et al., 2013, S. 239) bringt ähnliche Befunde zum Vorschein wie die bereits angesprochene Arbeit von Aldao, Nolen-Hoeksema und Schweizer (2010). Abweichende Befunde zeigen sich lediglich für das Akzeptieren von Emotionen, das tendenziell negativ mit Depressionen zusammenhängt ($r = –.16$, $p > .05$). Der Befund ist bei Barnow, Aldinger, Ulrich und Stopsack (2013) allerdings nicht signifikant. Darüber hinaus erfasst die Studie (Barnow et al., 2013, S. 239) auch die Emotionsregulationsstrategie Katastrophisieren, die positiv mit Depressionen zusammenhängt ($r = .42$, $p < .001$).

Die Frage nach der Regulation von Emotionen im Kontext von Depressionen ist insofern von besonderer Relevanz für die vorliegende Untersuchung, als bereits aufgezeigt werden konnte, dass Depressionen einerseits in Zusammenhang mit affektiven Zuständen, Stimmungen und Emotionen stehen (vgl. Abbildung 10) und andererseits die Aufmerksamkeit, Informationsverarbeitung und Umweltwahrnehmung beeinflussen (vgl. Abbildung 9). Modelle der Emotionsregulierung (in denen Depressionen als Moderatorvariable normalerweise nicht berücksichtigt werden)

gehen in der Regel von einem mehrstufigen emotionalen Regulationsprozess aus (vgl. John & Gross, 2007, S. 352). Demnach besteht bei der Regulation von Emotionen grundsätzlich die Möglichkeit, sich durch Vermeidung gar nicht erst einer Situation oder Stimuli auszusetzen, die negative Emotionen hervorrufen würden. Die Selektion bzw. Vermeidung solcher Situationen bzw. Stimuli beruht dabei auf den bisherigen Erfahrungen der Person. Je nach Situation oder Stimulus besteht ggf. die Möglichkeit, diese bzw. diesen zu modifizieren oder die Aufmerksamkeit von diesem ganz abzulenken bzw. auf dessen (positive) Teilaspekte zu richten. Ebenso besteht die Möglichkeit einer (kognitiven) Neubewertung der Situation, bei der eine positive Bedeutungszuschreibung vorgenommen wird. Schließlich ist es möglich, die emotionale Reaktion auf den Stimulus zu kontrollieren und dabei beispielsweise bestimmte Emotionen zu unterdrücken. Joormann und D'Avanzato (2010, S. 915) ergänzen diese Modellvorstellung, indem sie Kognitionen speziell im Kontext von Depressionen integrieren (vgl. dazu auch Garnefski, Teerds, Kraaij, Legerstee & van den Kommer, 2004; Gross & Muñoz, 1995; Joormann & Gotlib, 2010; Kullik & Petermann, 2013; vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12. Emotionsregulation im Kontext von Depressionen



Anmerkung. Die Abbildung beginnt bei einer konkreten Situation (bzw. einem Stimulus •), der eine Person ausgesetzt ist (keine Vermeidung der Situation durch Selektion) und die negative (im Sinne unerwünschter) Emotionen hervorruft. Die Abbildung zeigt verschiedene Mechanismen in Anlehnung an John und Gross (2007, S. 352), mithilfe derer die unerwünschte Emotion relativiert werden kann.

Depressionen beeinflussen sowohl, wie eine Situation modifiziert wird (Cueni et al., 2011, S. 108), die als unerwünscht bewertet wurde, als auch auf die Aufmerksamkeit gegenüber einem Umweltreiz Einfluss nehmen (Cueni et al., 2011, S. 107–108). Depressionen können dazu führen, dass die Neubewertung eines Stimulus aus der Umwelt von negativen Erinnerungen und Interpretationsmustern gefärbt ist (Matt, Vázquez & Campbell, 1992) und von kognitiven Defiziten beeinflusst wird. Im Kontext depressiver Erkrankungen ergeben sich also abweichende Formen des Umgangs mit emotional unerwünschten Situationen bzw. Stimuli, die wiederum für eine erhöhte Suizidalität verantwortlich sind (Anestis & Joiner, 2011). Umgekehrt können auch bestimmte, habitualisiert verwendete Mechanismen der Emotionsregulation, wie beispielsweise häufiges Re-Evaluieren oder die regelmäßige Suppression von Emotionen in bestimmten Situationen, die psychische Gesundheit beein-

flussen (John & Gross, 2007, S. 353). In ihrer Forschungsübersicht zeigen John und Gross (2007, S. 353), dass die emotionale Neubewertung negativer Situationen einen positiven Effekt auf die psychische Gesundheit hat ($r = -.23$). Regelmäßiges Unterdrücken von negativen Umwelteinflüssen wirkt sich hingegen negativ auf die psychische Gesundheit aus ($r = .25$). Letztlich spiegeln diese Befunde aus dem emotionspsychologischen Kontext den Ansatz moderner kognitiver Verhaltenstherapien bei Depressionen wider, bei denen negative Denkschemata langfristig aufgelöst und durch positive Interpretationsmuster ersetzt werden sollen (Beck, 1967; Beck et al., 2010). Die Ansatzpunkte für Veränderungsprozesse sind dabei in der Regel kognitive Schemata, wie die für suizidale Personen typische kognitive Verengung, negative Selbstkognitionen oder der Umgang mit „als aversiv erlebten Gefühlen" (Schmidtke & Schaller, 2009, S. 177). Die Problematik depressiver Kognitionsmuster ist bereits zuvor im Zusammenhang der Kognitions- und Informationsverarbeitungsmodelle von Depressionen angeklungen. Depressive kognitive Schemata können den beschriebenen emotionalen Regulationsprozess verhindern und sich damit negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken (Joormann & D'Avanzato, 2010, S. 915).

2.3 Verbindungslinien zwischen Suizidalität und Depression

Suizidalität und Depressionen haben Verbindungslinien, die bereits an mehreren Stellen angesprochen wurden (vgl. Uebelacker, Strong, Weinstock & Miller, 2010). So analysierten beispielsweise Bertolote, Fleischmann, De Leo und Wasserman (2004) Studien aus dem nordamerikanischen und europäischen Raum über psychische Störungen bei Suiziden, bei denen die Personen vor dem Suizid schon einmal stationär behandelt worden waren oder nicht. Die Literaturarbeit zeigt, dass in 98% der Suizidfälle zumindest eine Diagnose einer psychischen Erkrankung vorgelegen hat, in etwa einem Drittel der Suizidfälle war dies eine affektive Störung, vor allem Depression (Bertolote et al., 2004, S. 151). Die Autoren betonen im Rahmen ihrer Studie die Wichtigkeit des Paradigmas psychischer Störungen im Kontext der Erforschung und Prävention von Suizidalität sowie dessen Erweiterung auf andere psychische Störungen und Suchterkrankungen. Die große Anzahl an publizierten Studien erklären Bertolote, Fleischmann, De Leo und Wasserman (2004, S. 150) mit der hohen Prävalenz von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitsuizidmortalität schwer depressiver Personen liegt bei 15% (Maris, 2002, S. 322; Wolfersdorf, 2006, S. 292), für alle depressiv Kranken liegt der Wert bei 4–5%. Und obwohl psychische Störungen das individuelle Suizidrisiko erheblich erhöhen (van Orden, Cukrowicz, Witte & Joiner, 2012, S. 197), unternimmt die Mehrheit psychisch kranker Personen keinen Suizidversuch (Bostwick & Pankratz, 2000). Bostwick und Pankratz (2000, S. 1928) schätzen das Lebenszeitrisiko für Suizid in der

Allgemeinbevölkerung auf 0.5% und für Patienten mit psychischen Störungen auf zwischen 2.2% und 8.6% (Bostwick & Pankratz, 2000, S. 1928). Von Personen in stationärer Behandlung sterben 10% während der Behandlung durch Suizid, von denen wiederum ein Viertel an Depressionen leidet (Wolfersdorf, 2006, S. 292–293) – die meisten Suizide von depressiv Kranken erfolgen also außerhalb stationärer oder sogar jeglicher Behandlung. Unzureichende Behandlung und Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe zählen bis heute zu den bedeutendsten Risikofaktoren der hohen Lebenszeitsuizidmortalität von depressiv Kranken (Wolfersdorf, 2006, S. 293). Das frühzeitige Erkennen von Depressionen ist eine wichtige Strategie zur Suizidprävention. Allgemeinmediziner und Hausärzte können daraufhin geschult werden, Patienten auch nach Depressionen zu befragen, um so einen wichtigen prädisponierenden Faktor für Suizidalität zu identifizieren und gegebenenfalls therapeutische und medikamentöse Hilfe anzubieten (De Leo & Evans, 2004, S. 120–121). Der Zusammenhang zwischen Depressionen und Suizidalität ist dabei gerade bei Jugendlichen sehr hoch (Pössel, 2009, S. 668). Auch Suizidversuche sind unter Jugendlichen verglichen mit anderen Altersgruppen wesentlich häufiger beobachtbar. Gerade das Zusammenspiel mit anderen psychosozialen Faktoren wird in der Literatur betont (De Leo & Evans, 2004, S. 121; Pössel, 2009, S. 668). Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass wohl vor allem schwere, klinisch diagnostizierte Depressionen ein Prädiktor von Suizidalität sind, schwächere Formen dagegen nicht in gleichem Maße (Uebelacker et al., 2010).

Die Ursache für das häufige gemeinsame Auftreten von Depressionen und Suizidalität liegt letztlich darin begründet, dass beiden Phänomenen gleiche Risikofaktoren zugrunde liegen (Hawton et al., 2013). Zu diesen zählt männliches Geschlecht, familiäre Geschichte psychischer Erkrankungen, Suizidversuch in der Vergangenheit, Hoffnungslosigkeit, weitere komorbide Störungen, Substanzmissbrauch. Rihmer (2011) ergänzt diese Perspektive und benennt auch gemeinsame, protektive Faktoren von Suizidalität und Depressionen wie beispielsweise erhöhter Appetit, Gewichtszunahme, Schlafsucht sowie eine länger andauernde, pharmakologische Behandlung von Depressionen (Rihmer, 2011, S. 65). Die Verbindungslinien zwischen Depressionen und Suizidalität drücken sich auch im Rahmen der Skalenentwicklung von Watson (2009, S. 238) zur Erfassung von Depressionen bei psychisch kranken Patienten aus. Suizidalität wurde als Subdimension von Depressionen entsprechend der Definition einer MDD nach dem DSM-Handbuch (vgl. auch Tabelle 3) integriert. Allerdings ist Suizidalität selbst im Gegensatz zu Depressionen keine Krankheit. Suizidalität kann eines von mehreren Symptomen sein, die gemeinsam zu einem depressiven Syndrom beitragen, das im Falle von Depressionen als Störung anerkannt wird (Maris et al., 2000, S. 312). Maris, Berman und Silverman (2000, S. 326) liefern einen Literaturüberblick, der belegt, dass Suizidalität im Kontext unipolarer Störungen häufiger belegt werden konnte als bei bipolaren Störungen und dass der Schweregrad einer Depression das Risiko für Suizidalität in

der Mehrzahl der Arbeiten erhöhte (vgl. dazu auch die Überblickstabelle bei Maris et al., 2000, S. 334). Zur Beschreibung des Verhältnisses zwischen Suizidalität und Depressionen differenzieren Maris, Berman und Silverman (2000, S. 335) ganz grundlegend in dreierlei Hinsicht: 1) Depressionen und Suizidalität hängen kausal miteinander zusammen, 2) Depressionen verkomplizieren den Prozess der Suizidalität und 3) Depressionen und Suizidalität treten gemeinsam auf. Diese Dreiteilung wird noch weiter unterschieden, was in Tabelle 5 abgebildet ist und jeweils an einem Beispiel veranschaulicht wird. Detaillierter als diese grundlegenden Zusammenhänge zwischen Depressionen und Suizidalität kann auf kognitiver Ebene nach Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Phänomenen gesucht werden. So bestehen beispielsweise sowohl im Kontext von Depressionen als auch bei erhöhter Suizidalität häufig negative kognitive Schemata hinsichtlich der Einschätzung der Zukunft (Reich & Weary, 1998). Die kognitive Flexibilität ist sowohl bei depressiven als auch bei suizidalen Personen eingeschränkt (Cueni et al., 2011), was als kognitive Rigidität bereits beschrieben wurde (Miranda et al., 2012). Suizidale Personen mit und ohne Depressionen können nach van Heeringen und Marušič (2003, S. 282) kognitiv insbesondere in dreierlei Hinsicht unterschieden werden: 1) Depressive sind hypersensibel gegenüber besonderen Lebensereignissen, die sie als Zeichen der Niederlage oder Ablehnung interpretieren. 2) Depressive fühlen sich häufiger eingeengt, was auf eine defizitäre Problemlösungsfähigkeit zurückzuführen ist. Und 3) bleiben bei depressiven suizidalen Personen häufig positive Zukunftserwartungen als rettende Faktoren („rescue factors“) aus, wodurch das Gefühl von Hoffnungslosigkeit unterstützt wird.

Tabelle 5.
Mechanismen zur Erklärung der Verbindungslinien zwischen Depressionen und Suizidalität

Mechanismus	Sub-Mechanismus	Beispiel
kausal	*direkt*	• Depressionen unterstützen Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, was zu erhöhter Suizidalität führt.
	indirekt	• Depressionen erhöhen das generelle Vulnerabilitätsniveau und wirken somit indirekt verstärkend auf die Suizidalität.
verkomplizierend	*iatrogen*	• Hausarztuntersuchungen von Depressionen aktivieren erst suizidale kognitive Muster. • Stigmatisierung von Depressionserkrankung erhöht Suizidalität.
	adaptiv	• Suizid wird als Lösung für die psychische Erkrankung in Betracht gezogen.
ko-existent	*äquivalent*	• Substanzmissbrauch mit äquivalenter Funktion zum Suizid • Suizidalität als Symptom von Depression
	gemeinsame Ursache	• Einsamkeit befördert Substanzmissbrauch und Suizidalität. • Substanzmissbrauch als Ersatz für defizitäre Problemlösungs-strategien führt zu Depressionen und Suizidalität.
	unabhängig	• Depressionen und Suizidalität treten nur zufällig gemeinsam auf (selten)

Anmerkung. Eigene Darstellung nach Maris, Berman und Silverman (2000, S. 335)

Catanzaro (2002, S. 93) greift die Hoffnungslosigkeit im Kontext erhöhter Suizidalität auf und führt diese auf den festen Glauben suizidaler Personen zurück, unfähig zu sein, mit negativen Stimmungen umzugehen. Demnach kann eine defizitäre Emotionsregulation ein weiteres Verbindungsglied zwischen Depressionen und Suizidalität sein. Diese Auffassung entspricht dem adaptiv-verkomplizierenden Zusammenspiel zwischen Suizidalität und Depressionen, wobei der Suizid als maladaptive Emotionsregulationsstrategie (Catanzaro, 2002, S. 90) in Betracht gezogen

wird und damit im Zusammenhang mit Depressionen gesehen werden kann (vgl. Kapitel 2.2.7; Catanzaro, 2002, S. 94).

Trotz zahlreicher Parallelen und symptomatischer Gemeinsamkeiten zwischen Suizidalität und Depressionen finden sich an der Schnittstelle beider Phänomene auch gravierende Unterschiede. McGirr et al. (2007) verglichen die Symptome von depressiven Personen und depressiven Personen, die durch Suizid starben. Dabei zeigte sich beispielsweise, dass Depressive, die durch Suizid starben, häufiger angegeben hatten, unter Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Gefühlen von Wertlosigkeit, Schuldgefühlen oder Suizidgedanken zu leiden, während sie seltener von Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder Entschlusslosigkeit berichteten. Die Befunde dieser Studie legen mindestens zwei Schlussfolgerungen nahe: 1) Zunächst sollte klar definiert werden, welches Verständnis von Depressionen einer Studie zugrunde gelegt wird, und 2) sollten Depressionen weder pauschal miteinander verglichen noch Depressionen mit erhöhter Suizidalität gleichgesetzt werden, da zwischen Suizidfällen symptomatische Unterschiede hinsichtlich der Depressionserkrankung festgestellt werden können. Es erscheint vielmehr sinnvoll, beide Konstrukte trotz der zahlreichen Gemeinsamkeiten, auch im Rahmen empirischer Untersuchungen, getrennt voneinander zu betrachten.

Das Zusammenspiel von Suizidalität und Depressionen im Kontext medialer Suiziddarstellungen untersuchten beispielsweise Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al. (2007). In der Studie wurden depressive Patienten (n = 461) zu den Auswirkungen von Medienberichten über einen prominenten Suizidfall befragt. Immerhin 39% berichteten von negativen Medieneinflüssen auf suizidales Verhalten, 6% der Befragten wurden in Richtung eines Suizidversuchs beeinflusst (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 71). Dabei berichteten 33% der befragten Männer und 42% der Frauen von negativen Medieneinflüssen (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 71). Das Risiko negativer Medienwirkungen stieg mit dem Schweregrad der Depression (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 72), was darauf hindeutet, dass die Verbindungslinien zwischen Depressionen und Suizidalität auch im Zusammenhang mit Nachahmungssuiziden relevant sind. Darüber hinaus konnte die Studie sicherstellen, dass die depressiven Rezipienten auch tatsächlich mit den Suizidberichten in Kontakt gekommen waren. Allerdings wurde die Mediennutzungsdauer in der Studie nicht erfasst (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 74). Das Risiko für negative Medienwirkungen stark depressiver Patienten war in der Studie achtmal höher als das Risiko von Personen ohne depressive Symptome und dreimal höher als das Risiko von Patienten mit mittlerer depressiver Symptomatik (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 74). Ebenso ist der Studie zufolge vergangene Suizidalität ein bedeutsamer Prädiktor von negativen Medienwirkungen: Diejenigen mit Suizidgedanken in der Vergangenheit zeigten ein doppelt so hohes Risiko für negative Medienwirkungen wie Personen ohne suizidale Vergangenheit. Das Risiko von Personen mit Suizidversuch(en)

war sogar um das Dreifache höher (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007, S. 74).

In einer anderen Studie wenden Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al. (2007) ein breites Begriffsverständnis von Suizidalität an und untersuchen vor dem Hintergrund des Werther-Effekts die Auswirkungen der Berichterstattung über einen Prominentensuizid auf die Anzahl der Suizidversuche in Taiwan. Die Studie belegt für 23% der Fälle Medieneinflüsse anhand einer Befragung derjenigen, die einen Suizidversuch unternommen haben (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al., 2007, S. 864). Die häufigsten Erklärungen dieser Personen für den Suizidversuch waren 1) Nachahmung des medialen Vorbildes, 2) Rationalisierung des Handelns, 3) Hoffnungslosigkeit, 4) Nachahmung/Lernen der Suizidmethode (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al., 2007, S. 864). Die Studie konnte keine Alterseffekte belegen, dagegen war die Medienwirkung auf Männer stärker als auf Frauen (Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chen et al., 2007, S. 865). Die Studien geben aus erster Hand Einblicke in die Beweggründe von Personen, die tatsächlich mit einer suizidalen Medienbotschaft konfrontiert waren und in ihrer Folge eine erhöhte Suizidalität entwickelten. Dabei spielen einerseits Vulnerabilitätsfaktoren wie Depressionen eine wichtige Rolle, andererseits sind die medialen Auswirkungen auf das breiter gefasste Verständnis von Suizidalität beobachtbar.

3 Prädispositionen und Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide

Nachdem bisher allgemein die beiden zentralen Begriffe definiert und wichtige Modellvorstellungen für Suizidalität und Depression besprochen worden sind, wurden auch die wichtigsten Verbindungslinien zwischen den beiden Untersuchungsgrößen skizziert. Dies schloss auch bereits die Mediennutzung ein (vgl. Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007). Das folgende Kapitel 3 geht nun einen Schritt weiter und fokussiert auf das Phänomen der Nachahmungssuizide, also der speziellen Form von Suiziden, bei denen den Medien im Falle eines „Werther-Effekts" die entscheidende Bedeutung zukommt. Dafür beschreibt das Kapitel zunächst das dieser Arbeit zugrunde liegende Medienwirkungsverständnis, dessen wichtigste Komponenten 1) individuelle Prädispositionen und 2) Erklärungsmechanismen sind, die anschließend für Nachahmungssuizide zusammengetragen werden. Zu einem neuen theoretischen Impuls trägt dann der Abschnitt zur Theory of Planned Behavior bei, in dem Parallelen zum bisher prominentesten Erklärungsansatz für Nachahmungssuizide, der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura (2001), herausgearbeitet werden.

Die Ansatzpunkte für die theoretische Erklärung des Werther-Effekts liegen auf verschiedenen Ebenen. Arbeiten, die sich in der Tradition der Pionierarbeit von Phillips (Phillips, 1974) sehen, beobachten Medienwirkungen auf gesellschaftlicher Ebene und erklären diese überwiegend auf individueller Ebene. Diese „notorischen Defizite" (Reinemann & Scherr, 2011, S. 89) bei der Erforschung von Nachahmungssuiziden machen theoretisch „überzeugende Transformationsregeln" (hervorgehoben i.O.; Scheufele, 2008, S. 353) notwendig, um beispielsweise „Konstellationen starker und schwacher Effekte … zu kontrastieren" (Scheufele, 2008, S. 355). Dazu ist ein „Methoden-Mosaik" (hervorgehoben i.O.; Scheufele, 2008, S. 355 notwendig, mit dem Teilprobleme angegangen werden. Im Zusammenhang mit dem Werther-Effekt geht es also etwa um Fragen nach der Integration verschiedener Erklärungsmechanismen von Nachahmungssuiziden, der Differenzierung von Medienwirkungen in Abhängigkeit von zentralen Drittvariablen (wie beispielsweise Depressionen) oder methodisch darum, zu untersuchen, wie stabil Befunde über die Zeit sind. Für theoretischen Fortschritt sorgen demnach Durrant und Ward (2011, S. 367), die eine Integration verschiedener Ansätze zur Erklärung von Aggression

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_3,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

und Gewalt auf verschiedenen Bezugsebenen vorschlagen. Diese Integration lässt sich auch auf die Theorien zum Werther-Effekt übertragen.[39]

Konkret wurde der Umgang mit Forschungsbefunden als drittes Forschungsdefizit identifiziert. In der Forschung zu Nachahmungssuiziden im Medienkontext spiegelt sich dieses einerseits in einem fehlenden (bzw. nicht explizit formulierten) einheitlichen Medienwirkungsverständnis wider und andererseits in der Tatsache, dass die theoretische Integration der verschiedenen Erklärungsansätze bisher noch nicht weit vorangeschritten ist. Befunde lassen sich so nur schwer miteinander in Bezug setzen. Relevant für die Erklärung des Werther-Effekts können demnach grundsätzlich entwicklungsbezogene und psychologische Erklärungsansätze sein (z.B. Lernen am Modell/sozialkognitive Theorie; Bandura, 1976, 1986) sowie situations- und umweltbezogene Erklärungsansätze (z.B. Vulnerabilitäts-Stress-Modell; Pouliot et al., 2011). Die Erklärungsansätze liegen also auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen und sind von unterschiedlicher Universalität und Überprüfbarkeit geprägt.[40] Um eine theoretische Integration voranzutreiben, soll hier vor allem auf Ansätze rekurriert werden, die bisher am häufigsten zur Erklärung des Werther-Effekts als zeitlich gehäuftem Auftreten von Suiziden in der Bevölkerung („Massencluster"; Gould et al., 2014, S. 7) herangezogen wurden und den aktuellen Forschungsparadigmen der Suizidforschung entsprechen. Zu den häufigsten Theorien zur Erklärung von Nachahmungssuiziden zählen nach Pirkis und Nordentoft (2011, S. 533) bisher die Identifikationshypothese als zentrales Element von Banduras sozialkognitiver Theorie (Bandura, 1986, 2001, 2009; Bandura, Ross & Ross, 1976), soziale Vergleichsprozesse (Festinger, 1954; Queinec et al., 2011; Tousignant et al., 2005), (pro- und antisoziales) Priming durch Medien (Berkowitz, 1984; Roskos-Ewoldsen, Roskos-Ewoldsen & Dillman Carpentier, 2009) und stresstheoretische Erklärungen von Suizidalität sowie von damit einhergehenden psychischen Störungen (Mann et al., 1999; Post, 1992; Rudd et al., 2009). Neuere Forschungsbefunde sprechen sich verstärkt für Diathese-Stress-Modelle zur Erklärung von medieninduzierter Aggression oder Gewalt (Ferguson et al., 2008, S. 315) sowie zur Erklärung von Suizidalität aus (Rudd, 2006, S. 163). Das Paradigma des Diathese-Stress-Modells stammt aus der klinischen Psychologie und eignet sich grundsätzlich gut zur Erklärung von Depressionen und Suizidalität (vgl. Tabelle 2; Abbildung 8).[41]

---

39 Evolutionäre, kulturhistorische und physiologisch-neuronale Erklärungsansätze werden an dieser Stelle nicht näher betrachtet.

40 Integrative Erklärungsmodelle für innere Zustände (z.B. das General Aggression Model [GAM]; Anderson & Bushman, 2002; DeWall, Anderson & Bushman, 2011) lassen sich nur schwer im Rahmen von einzelnen empirischen Untersuchungen überprüfen (Ferguson & Dyck, 2012, S. 222; Wittchen & Hoyer, 2011, S. 23). Ferner wird Mediengewalt im GAM vor allem einseitig betrachtet und primär anhand negativer Auswirkungen diskutiert (vgl. im Gegensatz dazu Bartsch & Mares, 2014; Niederkrotenthaler et al., 2010). Das GAM wird daher nicht näher besprochen.

41 Die Vorstellung eines Diathese-Stress-Modells verbindet biologische, psychosoziale und umweltbezogene Dispositionen (= Diathese) und deren Zusammenwirken mit Umweltreizen oder Lebenser-

Gewinnbringend für die Suizidprävention lässt sich die Forschung zu Nachahmungssuiziden im Medienkontext dann einsetzen, wenn Ursachenbündel für eine erhöhte Suizidalität identifiziert werden, die auch Auswirkungen auf die Mediennutzung haben. Wenn die Nutzung bestimmter Medieninhalte dann wiederum beeinflusst, wie stark beispielsweise der Selbstwert („self-esteem") einer Person im Moment ausgeprägt ist, können Rückschlüsse darauf gelingen, wie sich Suizidalität durch Medien auch im Zeitverlauf positiv beeinflussen lässt. Dementsprechend gewinnen vor allem multifaktorielle Modelle an Bedeutung, bei denen in der Regel keine Gewichtung einzelner Komponenten vorgenommen wird. Bevor die konkreten Erklärungsansätze besprochen werden, soll das zugrunde liegende Medienwirkungsverständnis knapp skizziert werden.

3.1 Zugrunde liegendes Medienwirkungsverständnis

Um den genannten Defiziten bei der Erforschung des Werther-Effekts entgegenzutreten, soll das weitere Begriffsverständnis von Suizidalität angewendet werden: Es schließt neben Suiziden auch nicht-letale Ausprägungen von Suizidalität (mit unterschiedlich starker Intention zu sterben) wie beispielsweise Suizidgedanken, -pläne oder -versuche in die Betrachtung mit ein (vgl. Abbildung 2). Außerdem spielen individuelle Prädispositionen eine wichtige Rolle bei der Erforschung des Werther-Effekts, die bisher nur unzureichend ins Visier genommen wurden. Damit folgt die Arbeit dem Paradigma des Diathese/Vulnerabilitäts-Stress-Modells. Oft wurde kritisiert, dass die Untersuchungen zum Werther-Effekt, die das klassische Untersuchungsdesign der Pionierarbeit von Phillips (1974) verwendeten, nicht sicherstellen können, dass die in der Suizidstatistik erfassten Suizidenten auch tatsächlich zuvor suizidbezogene Medieninhalte konsumiert hatten und wie diese in einem solchen Fall darauf reagierten. Die genannten Defizite bei der Erforschung des Werther-Effekts lassen sich in ihrer Summe auch darauf zurückführen, dass den Medienwirkungsstudien keine einheitlichen (oder sich zumindest nur teilweise überschneidenden) allgemeinen Vorstellungen von Medienwirkungen zugrunde liegen (vgl. Peiser, 2009). Valkenburg und Peter (2013, S. 222) greifen diese grundlegende Problematik der Kommunikationsforschung auf und schlagen ein Medienwirkungsmodell vor, das sowohl medienbezogene als auch nicht-medienbezogene Variablen integriert und gleichzeitig einen Vorschlag für die Zusammenhänge zwischen den Untersu-

ergnissen. Wird ein definierter Schwellenwert überschritten, äußern sich vermehrt die Symptome einer spezifischen Reaktion (z.B. Suizidalität). Risikofaktoren können diesen Schwellenwert nach unten absenken und damit schon früher eine Reaktion hervorrufen, protektive Faktoren (z.B. soziale Unterstützung, Problemlösungsstrategien) können den Schwellenwert nach oben verschieben, so dass es erst bei höherem Stresseinfluss zu einer Reaktion kommt (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 20–23).

chungsgrößen macht. Auf der Grundlage eines theoretischen Literatur-Reviews (Card, 2012, S. 6) nennen die Autoren ihr grundlegendes Medienwirkungsmodell *„Differential Susceptibility to Media Effects Model (D*SMM)" (Valkenburg & Peter, 2013, S. 222), das für die Erklärung von Medienwirkungen auf individueller Ebene herangezogen werden sollte. Die Autoren beziehen sich in ihren Ausführungen auf „media effects as the deliberative and non-deliberative short- and long-term within-person changes in cognitions, emotions, attitudes, beliefs, physiology, and behavior that result from media use" (Valkenburg & Peter, 2013, S. 222). Angesichts der angesprochenen Defizite bei der Erforschung des Werther-Effekts als ursprünglich auf die gesellschaftliche Makroebene bezogene Wirkungshypothese (vgl. Potter, 2012, S. 253) lohnt es sich, deren Entstehungszusammenhänge auch auf der Mikroebene stärker zu hinterfragen (vgl. Fu et al., 2009). Valkenburg und Peter (2013) skizzieren für beobachtbare Medienwirkungen verschiedene Propositionen:[42]

1. Medienwirkungen sind abhängig von individuellen Prädispositionen, entwicklungsspezifischen Faktoren und sozialen Bedingungen, die zu spezifischen Mediennutzungsmustern führen.
2. Beobachtbare Medienwirkungen entstehen erst durch kognitive, emotionale und erregungsbezogene Auswirkungen, die aus der Nutzung verschiedener Medieninhalte auf Seiten des Individuums resultieren (Mediatoren des Effekts).
3. Individuelle Prädispositionen, entwicklungsspezifische Faktoren und soziale Bedingungen beeinflussen sowohl die Auswahl bestimmter Medienangebote als auch deren individuelle Verarbeitung. Daher ist in dem vorgeschlagenen Modell auch von sozialer Empfänglichkeit für Medienwirkungen die Rede (Valkenburg & Peter, 2013, S. 227).

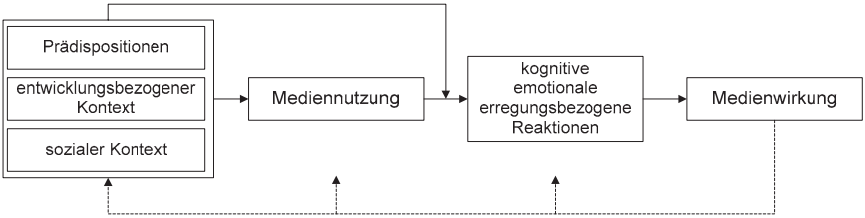
Zu den kognitiven Auswirkungen („cognitive response states") von Mediennutzung zählen Valkenburg und Peter (2013, S. 228) die Intensität, mit der sich Mediennutzer den Medien zuwenden, oder den kognitiven Aufwand, den die Mediennutzer betreiben, um die Medieninhalte zu verstehen. Den emotionalen Auswirkungen („emotional response states") legen die Autoren (Valkenburg & Peter, 2013, S. 228) ein breites Begriffsverständnis zugrunde. Sie zählen im weitesten Sinne alle affektbezogenen Reaktionen auf Medieninhalte dazu, einschließlich Empathie mit oder Sympathie für Mediencharaktere. Unter erregungsbezogenen Auswirkungen („excitative response state") werden alle physiologischen Erregungszustände als Folge der Mediennutzung verstanden. Damit sind erregungsbezogene Auswirkungen integraler Bestandteil der emotionalen Verarbeitung von Medieninhalten (Valkenburg & Peter, 2013, S. 228). Die Bestandteile werden im Rahmen des Modells begrifflich

[42] In dem Modell sind auch transaktionale Wirkungspfade berücksichtigt, die an dieser Stelle nicht näher besprochen werden.

differenziert, obwohl in der empirischen Kommunikationsforschung mittlerweile eher die Sichtweise vertreten wird, dass es sich um zwei miteinander interagierende Prozesskomponenten handelt (Bartsch & Oliver, 2011). Hinsichtlich der Elaborationstiefe von Medieninhalten vertritt das Modell eine „high-cognitive processing-strong-effects assumption" (Valkenburg & Peter, 2013, S. 229) ähnlich wie in der sozialkognitiven Theorie nach Bandura (Bandura, 2001, 2009). Obwohl die kognitiven, emotionalen und erregungsbezogenen Auswirkungen von Mediennutzung in ihrem Modell als Mediatoren zwischen der Nutzung bestimmter Medieninhalte und deren Wirkung fungieren, können sie auch als Prädispositionen im Modell verstanden werden, sofern es sich um stabile Tendenzen im Umgang mit Medieninhalten handelt – so wie die stabilen Denkmuster im Kontext von Depressionen (Valkenburg & Peter, 2013, S. 228). Damit sind also die Modellvorstellungen von Valkenburg und Peter (2013) weitgehend anschlussfähig an Erklärungsansätze, die im Zusammenhang mit dem Werther-Effekt häufig herangezogen werden (vgl. Bandura, 1986, 2001) und die die Auswirkungen der Mediennutzung als Moderatoren aufgefassen. Im Zusammenhang mit Suizidalität könnte eine Modellmodifikation dahingehend sinnvoll sein, kognitive Medienwirkungen stärker als emotionale Medienwirkungen zu gewichten. Empirische Hinweise deuten nämlich darauf hin, dass Suizidalität vor allem die kognitive Ebene beeinflusst. Becker, Strohbach und Rinck (1999) zeigen anhand von Personen mit Suizidversuch, dass diese unabhängig von gleichzeitig vorhandenen Depressionen oder Hoffnungslosigkeit eine erhöhte Aufmerksamkeit für Stimuli mit Bezug zum Thema Suizid aufwiesen. Im Gegensatz dazu wurde kein Zusammenhang zwischen der erhöhten Aufmerksamkeit und der Stärke der Depression der Untersuchungsteilnehmer festgestellt. Die Autoren sehen die Befunde als eine Bestätigung dafür, dass Suizidalität vor allem die Kognitionen beeinflusst.

Die wichtigsten grundsätzlichen Annahmen der Medienwirkungsvorstellung nach Valkenburg und Peter (2013) werden in Abbildung 13 grafisch zusammengefasst.

Abbildung 13. Modell unterschiedlicher Empfänglichkeit für Medienwirkungen



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Valkenburg und Peter (2013, S. 226).

Durch ein nachvollziehbares Grundverständnis von Medienwirkungen (Valkenburg & Peter, 2013, S. 221–222) können insbesondere schwächere und inkonsistente Medienwirkungen besser verstanden werden. Bemessen an der absoluten Zahl an medieninduzierten Nachahmungssuiziden und vor dem Hintergrund der grundsätzlich zweiseitigen Richtung der Medienwirkung (Werther- vs. Papageno-Effekt) erscheint die Anmerkung von Valkenburg und Peter (2013) gerade für den vorliegenden Kontext wichtig.[43] Das Medienwirkungsmodell beinhaltet vereinfacht gesprochen zwei Komponenten: 1) Vorbedingungen als beeinflussende Faktoren der Mediennutzung und der daraus resultierenden Medienwirkungen und 2) Mechanismen, durch die sich im Anschluss an die Mediennutzung Medienwirkungen entfalten, die wiederum auf die Mediennutzung zurückwirken (können). Im Folgenden sollen diese beiden Komponenten für Nachahmungssuizide diskutiert werden.[44]

---

43 Es soll hier keinesfalls der Eindruck entstehen, der Werther-Effekt werde in seiner gesellschaftlichen Relevanz angezweifelt oder unterschätzt.

44 Die Literatur unterscheidet zwischen (zeitlich gehäuften) Massen- und (raum-zeitlichen) Punktclustern (Gould, Kleinman, Lake, Forman & Midle, 2014, S. 7; Haw, Hawton, Niedzwiedz & Platt, 2013, S. 97; Joiner, 1999, S. 89). Medieninduzierte Nachahmungssuizide werden üblicherweise als primär zeitliche Anhäufung von Suiziden infolge massenmedial vermittelter Suiziddarstellungen verstanden und daher als Massencluster bezeichnet. Gould et al. (2014) brechen dieses Verständnis auf, indem sie zeigen, dass die Zeitungsberichterstattung über ein Suizidcluster insgesamt umfangreicher ist und die Berichte darüber prominenter platziert, expliziter und detaillierter sind, so dass weitere Suizidcluster hervorgerufen werden können (Gould, Kleinman, Lake, Forman & Midle, 2014, S. 11). Medienberichte über Suizidcluster sind demnach ein veränderbarer Risikofaktor für das Auftreten von Suizidclustern in der Bevölkerung (Gould, Kleinman, Lake, Forman & Midle, 2014, S. 15). Die theoretische Bedeutung des Beitrags besteht darin, dass das bis zuletzt vertretene Verständnis von Nachahmungssuiziden als Massencluster ebenfalls zu eng formuliert war. Vor dem Hintergrund dieser aktuellen Publikation empfiehlt es sich also, ab sofort sowohl die theoretischen Erklärungsansätze für Massen- als auch für Punktcluster von Suiziden bei der Erklärung medieninduzierter Nachahmungssuiziden zu berücksichtigen.

3.2 Prädispositionen für Nachahmungssuizide

Eine aktuelle Übersicht über die wichtigsten Erklärungsansätze von Suizidclustern liefern Haw, Hawton, Niedzwiedz und Platt (2013). Sie fassen Prädispositionen und Mechanismen für Suizidcluster systematisch zusammen und fokussieren Suizidcluster im Rahmen einer Literaturstudie. Bisher haben Untersuchungen zum Werther-Effekt diese Prädispositionen für eine individuell erhöhte Suizidalität (= Risikofaktoren) aufgrund der Makroperspektive nicht näher berücksichtigt und viele davon lassen sich tatsächlich nicht mithilfe von Aggregatdaten überprüfen. Gleichwohl können Prädispositionen für Suizidcluster wichtige Hinweise auf die individuellen Einflussstrukturen geben, die dafür verantwortlich sind, dass bestimmte Menschen für Nachahmungssuizide infolge von Medienbeiträgen vulnerabler sind (vgl. Lembach, 2011). Die wichtigsten Faktoren in diesem Zusammenhang sind in Tabelle 6 zusammengefasst und beziehen sich auf demografische Variablen, den familiären und persönlichen Hintergrund, einen möglichen psychiatrischen Hintergrund sowie weitere Vulnerabilitäten und Lebensereignisse. Insbesondere dem psychiatrischen Hintergrund, speziell Depressionen, soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit später genauer nachgegangen werden.

Tabelle 6.
Prädispositionen für Nachahmungssuizide und für Suizide bei Depression

	Prädispositionen für Nachahmungssuizide	Prädispositionen für Suizide bei Depression
Demografie	Männer jüngere Personen	Männer
familiärer Hintergrund	Suiziderfahrung in Familie	Suiziderfahrung in Familie
persönlicher Hintergrund	instabile Familienverhältnisse	Alkoholmissbrauch
	niedrige Bildung Probleme in der Arbeit Todeserfahrung im Freundes- oder Verwandtenkreis	Drogenmissbrauch
psychiatrischer Hintergrund	suizidale Vergangenheit	Suizidversuch
	Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen Depression	komorbide Störung (z.B. Angststörung) schwere Depression
Vulnerabilitäten und Lebensereignisse	Beziehungsprobleme	Hoffnungslosigkeit
	soziale Isolation Unfähigkeit Gefühle auszudrücken niedriges Selbstbewusstsein Empathie mit anderen Suizidenten	

Anmerkung. Darstellung nach Haw, Hawton, Niedzwiedz und Platt (2013, S. 100); Studienbeispiele sind in der Originalquelle angegeben; Risikofaktoren für Suizidalität bei Personen mit Depressionen stammen von Hawton, Casañas i Comabella, Haw und Saunders (2013)

Im Rahmen der Übersichtsarbeit (Haw et al., 2013, S. 99) werden die Prädispositionen zwar explizit auf Punktcluster bezogen, wie aber bereits dargelegt, erscheint auch eine Übertragung auf medieninduzierte Massensuizidcluster sinnvoll. Bei den Erklärungsmechanismen rekurriert die Arbeit ohnehin in erster Linie auf Massencluster, für die vor allem die folgenden theoretischen Erklärungen entwickelt worden sind (Haw et al., 2013, S. 101).

3.3 Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide

Die Erklärung von Suiziden aus psychologischer Perspektive nimmt als ihren Ausgangspunkt in der Regel kognitive Funktionsstörungen, durch die Depressionen und Hoffnungslosigkeit begünstigt werden und mit denen wiederum Persönlichkeitsprobleme und Verlustängste einhergehen können, welche die Entscheidung zum Suizid begünstigen (Holmes & Holmes, 2005, S. 34). Die Auffassung, wonach kognitive Dysfunktionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen und Suizidalität eine zentrale Rolle spielen, wurde bereits von Aaron Beck vertreten und beeinflusst bis heute maßgeblich die Diagnose und Behandlung von Depressionen (vgl. Beck et al., 1975). Neuere Ansätze folgen diesem Grundgedanken und beschreiben den Weg zu einer erhöhten Suizidalität dann unter Betonung dominierender Denk- und Handlungsweisen (z.B. Flucht bei Baumeister (1990) oder Vohs und Baumeister (2002)). Haw, Hawton, Niedzwiedz und Platt (2013, S. 101) betonen, dass ein Großteil der Forschungsbefunde zu den Erklärungsmechanismen von Suizidclustern auf der Erforschung von Nachahmungssuiziden beruht, und gehen von mehreren, gleichzeitig stattfindenden Mechanismen aus.[45] Lester (1994, S. 83) attestiert von insgesamt 15 herausgegriffenen Ansätzen beispielsweise dem Ansatz von Beck, bei dem Suizidalität klar mit Depressionen verbunden ist, die beste Tauglichkeit zur Erklärung von Suizidfällen. Dabei reduziert er die theoretische Sichtweise von Beck auf zehn Kernaussagen, die noch einmal die bereits angesprochenen Verbindungslinien zwischen Suizidalität und Depressionen unterstreichen sollen (Lester, 1994, S. 83):

- Suizidalität steht in Zusammenhang mit Depressionen. Der Zusammenhang lässt sich mithilfe von Hoffnungslosigkeit erklären.
- Hoffnungslosigkeit lässt sich als negative Zukunftserwartungen operationalisieren.
- Suizidale Personen zeigen in der Regel Zukunftserwartungen, die negativ und unrealistisch verzerrt sind.
- Suizidale Personen zeigen oftmals ein negatives und unrealistisches Selbstbild.
- Suizidale Personen fühlen sich oftmals alleine, auch wenn diese Einschätzung unrealistisch ist.
- Die Kognitionen suizidaler Personen sind oftmals festgefahren, es wird nicht nach alternativen Erklärungen gesucht.

[45] Zu den Erklärungsansätzen zählen nach Haw et al. (2013, S. 103–104) auch die projektive Identifikation, die pathologische Identifikation, die soziale Integration und Regulation, die allerdings ohne umfassendere empirische Bestätigung sind oder soziologische Makroansätze, die sich empirisch nur schwer prüfen lassen.

- Die Kognitionen suizidaler Personen laufen oftmals automatisch und unfreiwillig ab. Sie sind geprägt von Beharrlichkeit, Übergeneralisierungen, Über- oder Untertreibungen, Ungenauigkeiten, selektiver Abstraktion und negativer Verzerrung.
- Die affektiven Reaktionen suizidaler Personen sind proportional zur Einschätzung einer Situation, unabhängig von deren tatsächlicher Beschaffenheit.
- Je stärker der empfundene Affekt (z.B. Traurigkeit, Wut, Angst, Euphorie), desto plausibler werden die damit assoziierten Kognitionen empfunden.
- Hoffnungslose suizidale Personen, die den damit verbundenen, empfundenen Schmerz nicht mehr ertragen wollen, entwickeln das Verlangen, dem zu entkommen („desire to escape"). Der Tod erscheint dann erstrebenswerter als das Leben.

Neben dem Verlangen, dem Leben zu entfliehen, existieren zahlreiche weitere Erklärungsmechanismen, die es erlauben, Suizidalität zu erklären, ohne dabei notwendigerweise Depressionen mitzudenken. Im Folgenden findet sich eine Übersichtsdarstellung verschiedener Erklärungsmechanismen, basierend auf der Zusammenstellung von Haw, Hawton, Niedzwiedz und Platt (2013, S. 101–104).

3.3.1 Suizidale Infektion bzw. Ansteckung („contagion")

Dem Mechanismus liegt die Annahme zugrunde, dass die direkte (z.B. im Bekanntenkreis) oder indirekte (medienvermittelte) Erfahrung von Suiziden weitere Suizide auslösen kann (zum Nachahmungshandeln vgl. grundsätzlich Wheeler (1966) und speziell zur Begrifflichkeit suizidaler Ansteckung [„suicide contagion"], vgl. Cheng, Li, Silenzio, Caine und Voracek (2014)). Der Annahme liegt wiederum das medizinische Verständnis von Infektionen zugrunde. Dementsprechend setzt diese Erklärung für Nachahmungssuizide 1) die grundsätzliche Empfänglichkeit der Person für Medienwirkungen (= Prädispositionen in Abbildung 13), 2) verschiedene Verbreitungswege (z.B. interpersonal oder medienvermittelt), 3) die Höhe der Infektionsgefahr (z.B. dass der Suizid eines Prominenten eine größere Ansteckungsgefahr in sich birgt als der Suizid einer nicht-prominenten Person) und 4) die Dosisabhängigkeit (z.B. die konsumierte Menge an Medienbeiträgen zu einem Suizidfall) voraus. Abrutyn und Mueller (2014) zeigen anhand von Längsschnittdaten zur Suizidalität von Jugendlichen, dass Suizidgedanken und -versuche gerade bei Mädchen tatsächlich von Suizidfällen im Freundes- und Verwandtenkreis beeinflusst werden können. Die Suggestionseffekte waren umso stärker, je größer die Vorbildfunktion des Suizidenten war, und nahmen mit der Zeit wieder ab. Aufgrund der hohen Komorbidi-

tät mit psychischen Störungen erscheinen hier auch emotionale Ansteckungseffekte relevant (Bastiampillai, Allison & Chan, 2013; Christakis & Fowler, 2013). Nanayakkara, Misch, Chang und Henry (2013) vergleichen die Konfrontation mit Suizidalität im Freundes- oder Familienkreis hinsichtlich ihrer emotionalen Auswirkungen sogar mit einer schweren Depression. Außerdem ist seit geraumer Zeit bekannt, dass sich auch längerfristige affektive Zustände innerhalb von sozialen Netzwerken ausbreiten (Fowler & Christakis, 2008). Dies wurde in einem diskussionswerten Experiment auf Facebook aktuell repliziert (Kramer, Guillory & Hancock, 2014). Dabei wurde der News Feed von Facebook-Nutzern so modifiziert, dass die insgesamt 600.000 Versuchspersonen randomisiert mehr oder weniger positive Posts anderer Personen aus dem eigenen Netzwerk zu sehen bekamen. Die Studie zeigt, dass sich die Studienteilnehmer sowohl emotional (eine größere Anzahl positiver Posts im News Feed führte zu mehr positiven Posts und weniger negativen Posts und umgekehrt) als auch motivational (weniger Posts im News Feed führte zu weniger Aktivität im Online-Netzwerk) den Modifikationen der News Feeds anpassten (Kramer et al., 2014, S. 8789). Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieser Befunde bedeutet dies, dass sowohl Suizidalität als auch entsprechende Prädispositionen, wie beispielsweise affektive Störungen, sozialen Einflüssen ausgesetzt sind und durch diese beeinflusst werden können (Rosenquist, Fowler & Christakis, 2010). Beide Komponenten sollten daher auch in Untersuchungen zum Werther-Effekt berücksichtigt werden.

3.3.2 Imitation und Suggestion

Der Mechanismus entspricht der Hypothese, die der Pionierarbeit zum Werther-Effekt zugrunde liegt (Phillips, 1974): Suizidberichte in Tageszeitungen üben eine suggestive Wirkung auf vulnerable Personen aus, die den publizierten Suizid nachahmen. Der Mechanismus beruht auf einer Vielzahl an Merkmalen der Suizidberichte, die den Werther-Effekt begünstigen (Sonneck et al., 1994, S. 456–457). Diese Merkmale können die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen der Suiziddarstellung in den Medien und den Nachahmern erhöhen und damit Identifikationsprozesse mit dem medialen Vorbild erleichtern (z.B. wenn ein Suizident in den Mediendarstellungen glorifiziert wird) oder dazu führen, dass der Suizid als Problemlösungsstrategie in Erwägung gezogen wird. Speziell für Personen, die bereits in psychiatrischer Behandlung gewesen sind, schätzen McKenzie et al. (2005) den Anteil von Nachahmungssuiziden an der Gesamtzahl an Suiziden auf 10%. Zahlreiche Studienbefunde sprechen zudem für die Imitationshypothese: So zeigten sich infolge von Medienberichten Häufungen ungewöhnlicher Suizidmethoden (Athanaselis, Stefanidou, Karakoukis & Koutselinis, 2002; Chan, Yip, Au & Lee, 2005; Chen, Chen, Gunnell & Yip, 2013; Greenberg & Strous, 2012; Hegerl, Koburger et al., 2013; Kunrath, Baumert & Ladwig, 2011; Ladwig et al., 2012; Marzuk, Tardiff,

Hirsch et al., 1994; Marzuk, Tardiff & Leon, 1994; Simkin et al., 1995; Yoshioka et al., 2014) ebenso wie die kurze Dauer zwischen medialen Suiziddarstellungen und Anstiegen der Suizide in der Gesellschaft von ein bis zwei Wochen (Gould & Shaffer, 1986; Phillips, 1974; Phillips & Carstensen, 1986) und die beobachtbare Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen dem Umfang der Medienberichterstattung und dem Anstieg der Suizide in der Gesellschaft (Etzersdorfer et al., 2004), aber auch das Ausbleiben von Nachahmungseffekten bei Veränderungen der Berichterstattung (Sonneck et al., 1994). Gleichwohl bleibt die offene Frage, ob tatsächlich Medienberichte einen stärkeren Effekt auf die Suizidalität haben als beispielsweise Depressionen und inwiefern Medienwirkungen auch dann Bestand haben, wenn etwa die Schwere der Depression kontrolliert wird (Abrutyn & Mueller, 2014, S. 213). Die Befundlage dazu ist trotz der langjährigen Forschung in diesem Bereich noch immer als defizitär einzustufen. Die Suggestionsthese trifft dabei nicht nur auf mediale, sondern auch auf interpersonale Suizid-Vorbilder zu. Abrutyn und Mueller (2014, S. 213) betonen, dass die bisherige Forschung vor allem auf Jugendliche fokussiert war, weil bei diesen die soziale Koorientierung am stärksten ist. Mithilfe von Longitudinaldaten konnten auch empirische Hinweise auf eine interpersonale Suggestion von Suizidalität erbracht werden (Niederkrotenthaler, Floderus, Alexanderson, Rasmussen & Mittendorfer-Rutz, 2012), bei denen allerdings individuelle Randbedingungen, wie etwa psychische Erkrankungen, nicht beobachtet wurden. Abrutyn und Mueller (2014) zeigen ferner, dass die Ähnlichkeit zu den Menschen, mit denen wir uns umgeben (Familie, Freunde), eine wichtige Voraussetzung für Suggestionsmechanismen für Suizidalität ist. Suizidversuche von Freunden entfalten bei Jugendlichen eine insgesamt größere Wirkung auf die Suizidgedanken und Suizidversuche zu einem späteren Zeitpunkt als Suizidversuche innerhalb der eigenen Familie (Abrutyn & Mueller, 2014, S. 220). Die Studie erklärt die suizidale Suggestionskraft, die von Familienmitgliedern ausgeht, mit der Ähnlichkeit zu diesen, während bei Jugendlichen die Suggestionskraft von Freunden wohl vor allem in Identifikationsprozessen liegen dürfte, die gerade im Vergleich zu Familienmitgliedern stark ausgeprägt sind (Abrutyn & Mueller, 2014, S. 224). Damit sind bereits zwei zentrale Mechanismen, die Ähnlichkeit zu Modellen und die Identifikation mit diesen angesprochen worden, die gerade bei Banduras sozialkognitiver Theorie zwei wichtige Faktoren darstellen. McKenzie et al. (2005, S. 478) schätzen, dass der Zeitraum, in dem Nachahmungssuizide beobachtet werden können, sich prinzipiell von unmittelbar nach dem Modell-Suizid bis zu zehn Monate danach erstrecken kann. In einer späteren Studie konkretisieren die Autoren diese Schätzung und ermittelten unter Gefängnisinsassen eine Höhe des Anteils von Nachahmungssuiziden von 5.8% (95% CI [1%, 11%]). Gleichwohl räumen die Autoren die Schwierigkeit ein, Suizidalität als Nachahmungshandlung zu erklären, da sich natürlich kaum direkte empirische Belege erbringen lassen (McKenzie & Keane, 2007, S. 539).

3.3.3 Priming

Die Priming-Hypothese beschreibt die kurzfristige Aktivierung kognitiver Strukturen und automatischer Gedanken durch Einflussfaktoren aus der Umwelt, die sich auf die Urteilsbildung und das Verhalten auswirken (vgl. Berkowitz, 1984; Roskos-Ewoldsen et al., 2009). Medienbilder können dementsprechend bestimmte Gedanken auf Seiten des Publikums hervorrufen. Sparks et al. (2009, S. 278) zufolge liegen bereits zahlreiche Belege für die Bestätigung von Priming-Effekten im Zusammenhang mit medialen Gewaltrepräsentationen vor. Bei Personen, die mit Suiziddarstellungen in den Medien in Kontakt kommen, können dann vordefinierte Handlungsschemata aktiviert werden, die wiederum Nachahmungshandlungen nach sich ziehen können (Tousignant et al., 2005, S. 1920). Die Erklärung von Nachahmungssuiziden mithilfe von Priming eignet sich dazu, eine kurzfristige Medienwirkung zu erklären, die auf emotionalen Effekten beruht, welche mit der Zeit wieder abnehmen (Tousignant et al., 2005, S. 1920). Roskos-Ewoldsen, Klinger und Roskos-Ewoldsen (2007, S. 58) merken in Bezug auf die Erklärung von Nachahmungssuiziden anhand der Priming-Hypothese kritisch an, dass diese sich nur zum Teil als Erklärung anbietet, da der Effekt zwar tatsächlich mit der Zeit abnimmt, allerdings sein größtes Wirkungspotenzial für Priming-Effekte zu spät entfaltet (in Bezugnahme auf die Studie von Bollen und Phillips (1982), in der drei Tage als Wirkungszeitraum angegeben werden). Andere Studien deuten allerdings darauf hin, dass Priming-Effekte auch nach mehreren Tagen noch beobachtbar sein können (Arendt, 2013; Riddle, 2010). Anhand einer Meta-Analyse kann ferner belegt werden, dass Männer nicht etwa stärker auf gewalthaltige Medienprimes reagieren als Frauen (Roskos-Ewoldsen et al., 2007, S. 71). Personen, die allerdings eine dem Prime entsprechende Veranlagung zu Gewalt bzw. Aggression aufweisen, zeigen stärkere Priming-Effekte als Personen mit gering ausgeprägter Veranlagung zu aggressivem Verhalten. Die entsprechende Effektstärke wird mit $r = .11$ (95% CI [.05, .17]) angegeben (Roskos-Ewoldsen et al., 2007, S. 72). Die Autoren spekulieren auf Grundlage dieser Befunde darüber, inwiefern Medien demnach in der Lage sind, auch chronisch verfügbare kognitive Strukturen zu beeinflussen (Roskos-Ewoldsen et al., 2007, S. 72) (wie beispielsweise im Falle einer Depressionserkrankung oder einer suizidalen Krise).

3.3.4 Komplizierte Trauerreaktion

Die Konfrontation mit Suiziddarstellungen in den Medien kann insbesondere bei vulnerablen Personen eine komplizierte Trauerreaktion hervorrufen. Diese beschreibt den indirekten Effekt, bei dem ausgehend von der Konfrontation mit einem Suizid eine Depression induziert wird (oder bereits vorhandene Depressionen

verstärkt werden), die wiederum dazu führt, dass die individuelle Suizidalität steigt (Johansson, Lindqvist & Eriksson, 2006). Die Erklärung beruht auf der Studie von Brent, Perper, Moritz, Allman, Schweers et al. (1993), welche die Auswirkungen eines Suizids innerhalb eines sozialen Netzes untersucht. Hierbei ist besonders der Befund interessant, dass eine erhöhte Suizidalität in den meisten Fällen mit einer erhöhten Depressivität einhergeht. Da Trauerreaktionen in ihrer Symptomatik einer Depression ähneln (Wagner, 2013, S. 20), kann der Erklärungsansatz prinzipiell bedacht werden. Die Erklärung von Nachahmungssuiziden als Trauerreaktion wurde auch bereits von Phillips und Carstensen (1986, S. 688) berücksichtigt, obwohl die Studie dafür keine empirische Bestätigung fand.[46] Gesonderte Auswertungen der Daten von Brent, Perper, Moritz, Allman, Schweers et al. (1993) liefern stichhaltige Argumente zur Beantwortung der Frage, ob Suizide eher Depressionen oder Trauerreaktionen nach sich ziehen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Reaktionen auf einen Suizidfall im Bekanntenkreis depressive Symptome und keine Trauerreaktionen ausdrücken (Brent, Perper, Moritz, Allman, Liotus et al., 1993). Auch eine aktuellere Studie spricht für diesen Befund (Keyes et al., 2014). Längsschnittanalysen im Abstand von drei Jahren zeigen außerdem, dass die Konfrontation mit dem Suizid einer bekannten Person langfristig nicht etwa die Suizidalität bei Freunden und Bekannten, wohl aber die Depressivität erhöht (Brent, Moritz, Bridge, Perper & Canobbio, 1996; Pitman, Osborn, King & Erlangsen, 2014).

3.3.5 Sozialkognitive Theorie

Zunächst bezeichnete Bandura seinen Ansatz als soziale Lerntheorie (Bandura, 1976, 1978), später wurde der Begriff durch sozialkognitive Theorie abgelöst, da Kognitionsprozesse im Lernprozess stärker betont wurden (Bandura, 1991, 2009). Bandura (1977) postuliert, dass Menschen Verhalten über die Beobachtung anderer bewusst erlernen können, und liefert damit einen weitreichenden Erklärungsansatz für menschliches Handeln – einschließlich Suizidclustern. Die Handlungsvorlage kann verschiedenen Bereichen entstammen (Bandura, 1977, S. 203), also der persönlichen Erfahrung, einer Gemeinschaftserfahrung oder den Medien. Die Ähnlichkeit zwischen Nachahmer und Modell fördert die Wahrscheinlichkeit der Handlungsnachahmung. Joiner (1999) formuliert beispielsweise im Rahmen der Homophilie-Hypothese, dass Personen mit suizidaler Vulnerabilität bereits vor dem Ein-

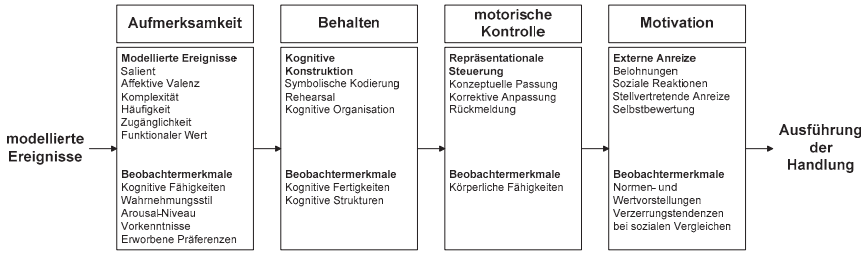
[46] Skehan, Maple, Fisher und Sharrock (2013) zeichnen anhand qualitativer Interviews mit Hinterbliebenen eines Suizidfalls, Mitarbeitern von Hilfseinrichtungen für Suizide, Polizisten, Gerichtsmedizinern und Journalisten ein wesentlich facettenreicheres Bild davon, welche Bedeutung Medien im Umgang mit der eigenen Trauer haben können. Die Rolle der Medien im Umgang mit Trauerreaktionen, insbesondere infolge von Suiziden, erscheint vor dem Hintergrund dieser Studie bei Weitem noch nicht hinreichend beleuchtet worden zu sein.

tritt eines Schlüsselereignisses miteinander in Verbindung stehen und dass ein auslösendes Ereignis dann für alle zum gleichen Zeitpunkt das Suizidalitätsrisiko erhöhen kann, wenn protektive Faktoren (wie z.B. soziale Unterstützung) ausbleiben. Als Triebfeder assortativer Beziehungen sieht Joiner (1999, S. 91) den natürlichen Drang des Menschen, sich mit ähnlichen Menschen zu umgeben. Dies trifft nach Meinung von Joiner (1999, S. 91) auch für Personen zu, bei denen die folgenden Faktoren für Suizidalität ähnlich ausgeprägt sind: 1) ernstzunehmende negative Lebensereignisse als Risikofaktor für Suizidalität, 2) individuelle Risikofaktoren für Suizidalität (z.B. psychische Störungen, allen voran Depressionen), 3) soziale Unterstützung als protektiver Faktor für Suizidalität. Im Rahmen einer anspruchsvoll konzipierten Studie überprüfen Mesoudi und Jones (2009) diese Hypothese im Vergleich zum sozialen Lernen nach Bandura anhand einer Computersimulation, die auf einer agentenbasierten Modellierung aufbaute. Die Simulation spricht für die Bildung von Suizidclustern nach dem Prinzip des sozialen Lernens, während sich keine überzeugende Bestätigung für Joiner's Homophilie-Hypothese findet. Chotai (2005) knüpft eng an die Erklärung von Joiner (1999) an. Im Gegensatz zu Joiner löst sich Chotai (2005, S. 326) allerdings mit Verweis auf medieninduzierte Suizidanhäufungen vom Postulat der sozialen Nähe und stellt stattdessen die Ähnlichkeit ätiologischer Faktoren von Suizidalität bei Menschen unterschiedlicher sozialer Schichten in den Mittelpunkt. Ähnliche Prädispositionen für Suizidalität erhöhen demnach das soziale Zugehörigkeitsgefühl zu in dieser Hinsicht ähnlichen Personen oder Personen, die als solche dargestellt werden. Daraus ergibt sich Chotai (2005) zufolge bei diesen Personen eine ähnliche Anfälligkeit für Medienwirkungen („assortative susceptibility"). Diese Vorstellung deckt sich weitgehend mit der Medienwirkungsvorstellung nach Valkenburg und Peter (2013) und umfasst auch die Befunde zur Rolle horizontaler und vertikaler Identifikationsprozesse im Rahmen von Nachahmungssuiziden.

Später differenziert Bandura sieben verschiedene Typen von Modelllernen aus (Bandura, 1986, S. 47–51). Vor allem die Enthemmungsthese („disinhibition"; Bandura, 1986, S. 49) eignet sich zur Erklärung von Nachahmungssuiziden (Jonas, 1992, S. 296). Die Grundlage für Beobachtunglernen bilden grundsätzlich vier kognitive Prozesse, die einerseits zum Erlernen und andererseits zum Ausführen einer Handlung beitragen (Aufmerksamkeit, Behalten, motorische Kontrolle, Motivation). Wichtig ist dabei, dass nicht jedes erlernte Verhalten auch tatsächlich gezeigt wird, da das Ausführen einer Handlung von einer Kombination aus individueller Motivation zu einer Handlung, der Zuschreibung funktionaler Werte an die Handlung und einem geringen Bestrafungsrisiko für die Handlung abhängt. Für die im Zusammenhang mit Beobachtungslernen wichtigen Aufmerksamkeitsprozesse sind vor allem die kognitiven Fähigkeiten des Beobachters ausschlaggebend sowie die Salienz des modellierten Verhaltens. Wiederholungen vor dem inneren Auge („rehearsal") tragen dazu bei, dass die Handlungsrepräsentationen kognitiv zugänglich bleiben (=

Behalten). Vom Abstraktionsgrad der Handlungsrepräsentanten hängt wiederum die motorische Kontrolle über das Verhalten ab: Auch ohne ein Verhalten selbst ausführen zu müssen, führen detailreiche, konkrete Vorstellungen von Handlungen dazu, dass diese erlernt werden. Die Motivation für die Ausführung einer Handlung ergibt sich aus den zu erwartenden, positiv bewerteten Konsequenzen oder aus positiven sozialen Reaktionen auf die Handlung (direkter bzw. externer Anreiz). Des Weiteren kann die Belohnung anderer für eine Handlung (stellvertretender Anreiz) dazu führen, dass diese Handlung umso wahrscheinlicher nachgeahmt wird oder aber dass persönliche Normen- und Wertvorstellungen die Ausführung einer Handlung begünstigen. Medial induzierte Suizidnachahmung verdeutlicht, dass die Ausführung suizidaler Verhaltensweisen weder räumlich noch zeitlich begrenzt ist. Nachahmungssuizide können entsprechend der Modellvorstellung von Bandura nach dem Kontakt mit einem medial dargestellten fiktionalen oder non-fiktionalen Suizidmodell an einem anderen Ort ausgeführt werden, sofern die notwendige Aufmerksamkeit für das Modellobjekt vorhanden war und die kognitiven Repräsentationen der Handlung nicht zu komplex sind. Weitere Faktoren, die die Nachahmung der Handlung begünstigen, sind dann die Wahrnehmung positiver Konsequenzen bzw. das Ausbleiben von Bestrafungen sowie entsprechende Normen- und Wertvorstellungen. Diese grundsätzlichen Überlegungen sind in der nachstehenden Abbildung 14 veranschaulicht.

Abbildung 14. Kernprozesse des Beobachtungslernens



Anmerkung. Darstellung nach Jonas und Brömer (2002, S. 283)

Für ein durch Beobachtung erlerntes Verhalten prognostiziert die Enthemmungsthese im Zusammenhang mit Suizidalität, dass dieses zukünftig mit höherer Wahrscheinlichkeit auftritt, weil „durch die Beobachtung Informationen über die Ausführbarkeit und soziale Konsequenzen des Verhaltens (z.B. Kritik, Sanktionen) vermittelt werden bzw. weil der Einfluss moralischer Normen abgeschwächt oder verstärkt wird“ (Jonas & Brömer, 2002, S. 280). Die Enthemmung von Verhalten

wird durch die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten begünstigt, ein bestimmtes Verhalten auch tatsächlich ausführen zu können („self-efficacy"). Ebenso verstärken Belohnungen sowie das Ausbleiben negativer Folgen des Verhaltens die Enthemmung (Jonas & Brömer, 2002, S. 280). Andernfalls kommt es zum umgekehrten Effekt. Dies erklärt, warum Medienberichte, die beispielsweise Handlungsalternativen zum Suizid oder Anlaufstellen im Falle von Suizidgedanken geben, zu einem Papageno-Effekt führen können. Gerade bei jüngeren Personen sind im Vergleich zu Älteren die kognitiven Voraussetzungen für die Hemmung von Verhalten in der Regel noch weniger stark ausgeprägt (Insel & Gould, 2008, S. 294).

Da wichtige Prädispositionen von Suizidalität bei der Erforschung des Werther-Effekts bisher weitgehend ausgeblendet wurden, kamen auch wichtige Theoriebausteine der sozialkognitiven Theorie bisher zu kurz. Basierend auf der Modellvorstellung von Suizidalität laufen wichtige Prozesse der sozialkognitiven Theorie vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilitäten und auslösender Umstände bzw. Lebensereignisse ab. Zenere (2009, S. 13) beschreibt zudem Nähe als entscheidenden Faktor für Identifikationsprozesse: Es wird zwischen geografischer, psychologischer und sozialer Nähe zu anderen differenziert und dieser Faktor schließlich um individuelle Vulnerabilitäten ergänzt. Zur Gruppe mit dem größten Suizidrisiko zählen Zenere (2009, S. 13) zufolge diejenigen Personen, die einen Suizid und dessen Folgen persönlich erfahren haben (größte geografische Nähe), die eine persönliche Verbindung zum Suizidenten hatten (psychosoziale Nähe) und die selbst Vulnerabilitäten für Suizidalität (z.B. Depressionen, Hoffnungslosigkeit) aufweisen.

Die Beschreibung des Prozesses der Selbstregulierung innerhalb der „social cognitive theory" liefert beispielsweise ein emotionales Erklärungsmodell für den Zusammenhang von Kognitionen, Emotionen und Depressionen (Bandura, 1991, S. 273–275). Die Erklärung schließt drei aufeinander aufbauende Prozesselemente ein: die Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstreaktion. Die Grundlage der drei Prozesselemente ist „self-efficacy", die Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1991, S. 257). Der Prozess der Selbstregulierung besteht aus 1) der Einschätzung der eigenen Fähigkeiten anhand individueller Standards und 2) dem Abgleich dieser Fähigkeiten mit der Realität in verschiedenen sozialen Kontexten. Werden die Erwartungen an das eigene Handeln erfüllt, wirkt sich dies positiv auf die Selbstzufriedenheit und den Selbstwert aus (andernfalls entsprechend negativ) und damit letztlich auf zukünftige Selbstregulierungsprozesse (Bandura, 1991, S. 273–274). Bandura verknüpft die Grundmechanismen der Selbstregulation mit typischen Eigenschaften einer Depressionserkrankung. Er nimmt an, dass durch Depressionen ausgelöste, kognitive Wahrnehmungsverzerrungen im Rahmen von Selbstbeobachtungsprozessen dazu führen, dass sich die Anzahl positiver Selbst-Evaluationen verringert, was einem Negativity Bias der depressiven Wahrnehmung und Erinnerung entspricht (Bandura, 1991, S. 274). Außerdem geht Bandura davon aus, dass depressive Personen an sich selbst (zu) hohe Maßstäbe anlegen, ihre Erfolge weniger akribisch

registrieren als ihre Misserfolge und soziale Vergleichsprozesse anstreben, die systematisch zu ihren eigenen Ungunsten ausfallen (Bandura, 1991, S. 274). Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass Medienbeiträge, die Personen mit hohem Identifikationspotenzial fokussieren, eine größere Zahl an Nachahmungssuiziden nach sich ziehen als Medienbeiträge mit niedrigerem Identifikationspotenzial (Fu & Yip, 2009). Diese Befunde stehen im Einklang mit den Annahmen differentieller, vertikaler und horizontaler Identifikation (d.h. die Identifikation mit einer Person mit höherem bzw. vergleichbarem sozialen Status wie man selbst; Fu & Yip, 2009, S. 874). Der Prozess der Selbst-Evaluation wird bei depressiven Personen damit zu einer „Self-Devaluation", die wiederum negative Emotionen mit sich bringt (Bandura, 1991, S. 274). Diese Emotionen können ihrerseits handlungsrelevant werden (Carver, 2006; Carver & Scheier, 1998). LaRose (2009) hebt den Stellenwert der sozialkognitiven Theorie bei der Auswahl von Medieninhalten hervor (vgl. LaRose & Eastin, 2004 speziell im Zusammenhang mit dem Internet) und betont vor allem das reziproke Zusammenspiel von Individuen, deren Verhalten(-serwartungen) und ihrer Umwelt, die gemeinsam dazu beitragen, dass Handlungen zustande kommen (LaRose, 2009, S. 10–11; LaRose & Eastin, 2004, S. 360). Da depressive Wahrnehmungsverzerrungen Selbstregulierungsprozesse stören können, besteht eine von LaRose (2009, S. 17) beschriebene Gefahr maladaptiver Medienselektion und -nutzung. Depressiven gelingt demnach die Selbstregulierung des Mediennutzungsverhaltens aufgrund ihrer defizitären Selbstbeobachtung und verzerrten Realitätseinschätzungen schlechter als nicht Depressiven. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass sich Depressive nicht von Medieninhalten abwenden, die für sie mit negativen Folgen einhergehen, beispielsweise solchen, die soziale Vergleiche mit sich bringen, durch die der eigene Selbstwert weiter abnimmt, oder suizidbezogene Medieninhalte. Ebenso kann eine defizitäre Selbstregulierung bei Depressiven dazu führen, dass diese ihr (habitualisiertes oder sogar suchtartiges) Mediennutzungsverhalten beibehalten, obwohl stattdessen die Pflege sozialer Kontakte eine positive Wirkung auf den Krankheitsverlauf hätte (Kubey & Czikszentmihalyi, 2002; LaRose, 2009, S. 18). LaRose (2009, S. 18) schließt mit Verweis auf Bandura (1999) nicht aus, dass eine defizitäre Selbstregulation im Kontext von Depressionen sogar zu handfesten Lebenskrisen führen. Die Autoren sprechen daher von selbstzerstörerischer Mediennutzung (LaRose, 2009, S. 20; LaRose, Lin & Eastin, 2003, S. 233). Um dies auszugleichen, können positive Medienwirkungen wie etwa eine Stimmungsregulierung zum Positiven angestrebt werden (Zillmann & Bryant, 1985, S. 186). Im Falle von Depressionen kann dies zu einer exzessiven und auch habitualisierten Mediennutzung beitragen. Daraus ergeben sich wiederum potenziell negative Folgen, wie beispielsweise soziale Isolation, wodurch sich die depressive Symptomatik verstärkt (LaRose et al., 2003, S. 233). Daher weisen LaRose, Lin und Eastin (2003, S. 233) darauf hin, dass Mediennutzungsmotive wie „Langeweile verhindern", „nicht einsam sein" oder „sich die Zeit vertreiben" im Falle von Depressio-

nen als maladaptiv bewertet werden sollten. Im Gegensatz zu Diathese-Stress-Modellen (Bandura, 1999, S. 215), bei denen individuelle Vulnerabilitäten im Zusammenspiel mit externen Stressoren wirksam werden, geht das Individuum in Banduras sozialkognitiver Theorie proaktiv mit Umwelteinflüssen um – Depressionen können dem allerdings im Weg stehen. Dies knüpft an die Kritik von Jonas und Brömer (2002, S. 294–295) an, die Banduras Modellvorstellung die „Illusion der Kontrollierbarkeit" von Umwelteinflüssen attestieren und die Frage stellen, ob „hoch selbstwirksame Personen ad infinitum ihre Motivation steigern und ihre Zufriedenheit mit Leistungsergebnissen an immer höhere Standards knüpfen".

Nabi und Clark (2008) differenzierten die SCT nach Bandura für fiktionale Mediendarstellungen, deren Dramaturgie sehr negative Folgen einer Handlung (z.B. der Tod als das Ende einer fiktionalen Serienfigur) oftmals ausschließt. Die Studie zeigt gleichzeitig, dass die Auswirkungen eines fiktionalen Programms bei fehlenden Primärerfahrungen bezüglich einer dargestellten Handlung am stärksten waren. Bei Versuchspersonen ohne Primärerfahrungen führte die fiktionale Darstellung eines Verhaltens mit negativen individuellen Folgen dazu, dass sie unabhängig von der Valenz der Ergebniserwartungen ihre persönliche Wahrscheinlichkeit höher einschätzten, selbst eine ähnliche Handlung auszuführen. Da SCT am stärksten für Figuren zutrifft, mit denen sich die Zuschauer identifizieren, erscheint dieser Befund von eingeschränkter Relevanz, denn dazu müssten die Figuren, von denen die vermeintlich stärkste Modellwirkung auf das Publikum ausgehen, Handlungen mit negativen Folgen vollziehen. In der Medienrealität zeigen solche „Serienlieblinge" allerdings häufiger Handlungen mit positiven individuellen Folgen (z.B. mit dem Rauchen aufzuhören) (Nabi & Clark, 2008, S. 424). Die Befunde von Schmidtke und Häfner (1986) belegen dagegen eine deutliche Wirkung, die von einem fiktionalen Handlungsmodell ausgeht, das als Hauptfigur und zentrales Identifikationsobjekt durch Suizid stirbt. Vor dem Hintergrund der Überlegungen von Nabi spricht dies dafür, die Relevanz des Durchbrechens von Genrekonventionen für starke Medienwirkungen beim Publikum noch näher zu untersuchen, zumal andere Studien in diesem Fall non-lineare Zusammenhänge postulieren (vgl. Hoffmann, 2007).

3.3.6 Theoretische Integration durch die Theory of Planned Behavior

Neuere ätiologische Modelle zur Suizidalität (vgl. Kapitel 2.1.2; darin insbesondere Abbildung 4) haben bereits auf die theoretischen Parallelen zur Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991; Rossmann, 2011) zur Erklärung suizidaler Verhaltensweisen hingewiesen, die nun näher betrachtet werden sollen. Beide Modelle sind grundsätzlich sehr gut geeignet, menschliches Verhalten zu veranschaulichen. LaRose (2009, S. 25–26) diskutiert vier wichtige Parallelen zwischen der sozialkognitiven Theorie (SCT) nach Bandura und der TPB. Erstens zeigt sich eine deutliche Paralle-

le zwischen den beiden Theorien hinsichtlich der „Ergebniserwartungen“ („outcome expectations“; SCT) bzw. „verhaltensspezifischen Vorstellungen“ („behavioral beliefs“; TPB). In beiden Modellvorstellungen können diese Elemente sowohl positiv als auch negativ konnotiert sein (z.B. mit dem Handy immer erreichbar zu sein), was ein breiteres Verhaltensspektrum erklären kann (LaRose, 2009, S. 25). Zweitens beinhalten die Modellvorstellungen einerseits eine Selbstwirksamkeitserwartung („self-efficacy“; SCT), andererseits eine wahrgenommene Verhaltenskontrolle („perceived behavioral control“; TPB). Beide Konstrukte bilden die verhaltensrelevante Vorstellung ab, eine Handlung tatsächlich kontrolliert ausführen zu können, weil die körperliche bzw. kognitive Befähigung dazu existiert. Diese Vorstellung beeinflusst letztlich die Intention zu einer Handlung (LaRose, 2009, S. 25). „Self-efficacy“ betont dabei stärker den Aspekt der Fähigkeit, eine Handlung mit dem gewünschten Resultat auszuführen, während „perceived behavioral control“ tatsächlich stärker auf die Kontrolle von u.a. äußeren Umständen abzielt. Es sind also auch Konstellationen niedriger wahrgenommener Verhaltenskontrolle bei gleichzeitig hoher Selbstwirksamkeitserwartung denkbar (z.B. bei der Absicht, durch Suizid im öffentlichen Raum zu sterben). Daher erscheint es sinnvoll, die Konstrukte komplementär zueinander zu verstehen (LaRose, 2009, S. 25). Drittens kommen in beiden Modellen soziale Normvorstellungen zum Tragen. In der TPB ist von „social pressure“ die Rede, in der SCT findet sich die bereits angesprochene Selbstregulation als wichtiger Baustein. Normvorstellungen sind allerdings nur schwach mit Verhaltensintentionen und tatsächlichem Verhalten verbunden (vgl. Rossmann, 2011, S. 69). Sie stehen darüber hinaus in engem Bezug zur eigenen Verhaltenskontrolle und Selbstbeobachtung, wie zuvor bereits die Enthemmungsthese von Verhalten in der SCT anklingen ließ. Ein theoretischer Zusammenhang mit Depressionen und damit verknüpften Defiziten der Selbstregulation besteht insofern, als „norms act through self-regulation and deficient self-regulation may mediate their impact on behavioral intentions“ (LaRose, 2009, S. 26). Da viertens Defizite der Selbstregulation gleichzeitig mit der Stärke habitualisierter Handlungen verbunden sein können, bildet die Habitualisierung von Mediennutzungsverhalten eine weitere Überschneidung zwischen SCT und TPB. Dabei ist grundsätzlich zu fragen, inwiefern die beiden Ansätze überhaupt geeignet sind, nicht intendierte Handlungen zu erklären (Rossmann, 2011, S. 71). Allerdings sollte es auch für später habitualisiertes Mediennutzungsverhalten irgendwann intendierte Beweggründe gegeben haben. Dementsprechend ist die Anwendung der theoretischen Modellvorstellungen zulässig. Ein Beispiel dafür wurde bereits angeführt, nämlich wenn Mediennutzung im Zusammenhang mit Depressionen adaptiv zur Stimmungsregulierung eingesetzt wird und sich dieses Mediennutzungsverhalten im Zeitverlauf habitualisiert.

3.4 Einschätzung der verschiedenen Erklärungsansätze zur Wirkung von Suiziddarstellungen in den Medien

Zusammenfassend wird hinsichtlich der Wirkung von Medien auf die Suizidalität von Individuen und damit letztlich auf die Suizidalität in einer Gesellschaft heute grundsätzlich vom Mechanismus des Nachahmungshandelns ausgegangen. Der am weitesten verbreitete Erklärungsansatz dafür ist Banduras sozialkognitive Theorie, die gut belegte Prognoseeigenschaften aufweist. Diese beruhen allerdings in erster Linie auf kriminologischen Studien zum Einfluss von (kriminellen) Vorbildern (insbesondere gleichaltrigen Peers; Pratt et al., 2010, S. 782) auf kriminelle Handlungen, während die Befunde zur Bedeutung medienvermittelter Vorbilder weniger eindeutig sind (Surette, 2013, S. 393). Auch in Gerichtsprozessen wurde das Argument einer direkten Kausalbeziehung von Medien als unabhängiger Einflussgröße auf gewalttätiges Verhalten und Kriminalität mit Verweis auf den Mangel an wissenschaftlicher Evidenz abgewiesen (Surette, 2013, S. 393). Im Zusammenhang mit medienvermittelten Vorbildern und Nachahmungshandlungen weisen entsprechende Studien vielmehr auf die zentrale Bedeutung von psychologischen Einflussgrößen hin. Einflüsse der sozialen Umwelt und psychologische Prädispositionen interagieren zudem mit dem Einfluss der Medien (Surette, 2013, S. 394). Während also grundlegende Erklärungsmechanismen wie die sozialkognitive Theorie unter bestimmten Prämissen auf den Medienkontext anwendbar sind und sich damit auch weitere Erklärungsansätze verknüpfen lassen, wie das Medien-Priming (vgl. Möller und Krahé (2009, S. 77)), fällt die Integration der zahlreichen Einflussfaktoren und Prädispositionen schwerer. Aufgrund der Parallelen zur Theory of Planned Behavior (vgl. Kapitel 3.3.6; Montaño & Kasprzyk, 2008) könnte man auch auf diesen Ansatz zurückgreifen, der aufgrund seiner größeren Universalität eine Integration verschiedener Theoriebausteine und Erklärungsmechanismen erlaubt. Dies erschwert wiederum eine empirische Prüfung, weil die Modelle recht umfassend sind. Eine aktuelle Meta-Analyse schätzt, dass mithilfe der TPB etwa 24% der auftretenden Varianz bei physischer Aktivität und 21% bei Verhalten zur Gewichtsabnahme erklärt werden kann, während es nur 15% beim Risikoverhalten sind (McEachan, Rosemary Robin Charlotte, Conner, Taylor & Lawton, 2011, S. 113). Wird auch in der Vergangenheit liegendes Verhalten berücksichtigt, steigt die Erklärungskraft auf 40%. Die TPB zeigt besonders bei kurzfristigen Verhaltensweisen, die im Selbstauskunftsverfahren erhoben wurden, eine bessere Prognoseleistung (McEachan, Rosemary Robin Charlotte et al., 2011).

Derzeit scheint Bandura's sozialkognitive Theorie zur Erklärung von Nachahmungssuiziden die zentrale Position auf diesem interdisziplinären Forschungsfeld einzunehmen (vgl. Fu et al., 2009; Schäfer & Quiring, 2013a, S. 143; Tor et al., 2008). Allerdings sollte die Theorie auf Rezipientenseite um zentrale Einflussgrößen wie beispielsweise individuelle Normvorstellungen und Prädispositionen (etwa

Depressionen) ergänzt werden und idealerweise auch auf Medienseite die Darstellung und Interpretation von Suizidalität berücksichtigen. Der empirische Gehalt der sozialkognitiven Theorie nach Bandura wurde im Rahmen einer Meta-Analyse untersucht (Pratt et al., 2010). Diese zeigt, dass die Effektstärken, die vor dem theoretischen Hintergrund des Ansatzes beobachtet werden, in ihrer Konsistenz und Stärke zum Teil deutlich variieren: Während sich der Ansatz gut zur Erklärung von Straftaten eignet, ist seine Erklärungskraft im Hinblick auf Nachahmungshandeln oder das Lernen am Modell bestenfalls moderat ausgeprägt. Theoretischer Fortschritt kann durch die Integration der verschiedenen Erklärungsansätze gelingen. Grundsätzlich bietet die „Theory of Planned Behavior" dafür einen geeigneten Rahmen, da sie Verhalten in den verschiedensten Bereichen zu erklären vermag (Rossmann, 2011, S. 27), ebenso wie die diesem zugrunde liegende Intention (vgl. die begriffliche Differenzierung von Suizidalität in Abbildung 2), gleichzeitig aber auch etwa Prädispositionen, Normvorstellungen oder zentrale Modellvorstellungen der sozial-kognitiven Theorie nach Bandura widerspiegelt. Eine empirische Überprüfung im Kontext von Suizidalität steht bisher noch aus.

4 Mediennutzung, Medienrezeption und Wahrnehmung von Medieninhalten im Kontext von Depressionen

Vor dem Hintergrund des grundlegenden Verständnisses der beiden zentralen Untersuchungsgrößen Suizidalität und Depression (vgl. Kapitel 2) sowie zentraler Prädispositionen und Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide im Medienkontext (vgl. Kapitel 3) werden im Folgenden die Befunde zu Depressionen im Medienkontext zusammengetragen. Das folgende Kapitel unterscheidet dabei zwischen Mediennutzung, Medienrezeption und Medienwahrnehmung.

4.1 Mediennutzung und Depression

Die die wichtigsten Befunde zum Zusammenhang zwischen Mediennutzung und Depression basieren auf Beiträgen aus verschiedenen Fachdisziplinen. Auch deshalb existieren in den verschiedenen Arbeiten zum Teil gravierende Unterschiede des Verständnisses von klinisch relevanten Depressionen und deren Operationalisierung. Die besondere Schwierigkeit liegt darin, dass sich die Diagnose einer Depression nach der Anzahl und dem Schweregrad depressionsrelevanter Symptome richtet (vgl. Kapitel 2.2.2), sich viele dieser Symptome aber mit anderen Krankheiten überschneiden, und das vielfältige Erscheinungsbild von Depressionen die Diagnostik zusätzlich erschwert (vgl. Fußnote 23 in Kapitel 2.2.2). Depressionen können direkt mit der Mediennutzung interagieren und damit auch den Zusammenhang zwischen Medien und Suiziden beeinflussen. Aufgrund der Vielschichtigkeit des Krankheitsbildes sind außerdem Rückschlüsse auf den Rezeptionsprozess im Rahmen von Depressionen möglich. Hier kann sich die Krankheit etwa auf die Empathie gegenüber Medienfiguren oder auf parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren auswirken. Da Depressionen als affektive Störung klassifiziert werden, liegt es auf der Hand, auch im Medienkontext emotionsbezogene Erklärungsansätze heranzuziehen. Im Anschluss daran werden zentrale Befunde zu Depressionen und Mediennutzung systematisch zusammengetragen und es wird aufgezeigt, in welcher Hinsicht aktuell besonderer Forschungsbedarf besteht.

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_4,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

4.1.1 Theoretische Erklärungen zum Zusammenhang von Depressionen und Mediennutzung

Die Fähigkeit zum Umgang mit eigenen Emotionen ist als wichtiger Coping-Mechanismus zu verstehen, von dem wir wissen, dass er im Kontext depressiver Erkrankungen gestört sein kann (vgl. Kapitel 2.2.7). Im medialen Kontext wird die Auswahl und Nutzung von Medieninhalten zum Umgang mit Emotionen etwa mithilfe des Mood-Management-Ansatzes erklärt (Zillmann, 1988b, 1988a). Für Zillmann (Zillmann, 1988a, S. 331–332) sind dabei vier Kernkomponenten von zentraler Bedeutung: die *hedonistische Valenz* eines Stimulus, dessen *Erregungs- und Absorptionspotenzial* und die *semantische Affinität*. Nach Zillmann streben Rezipienten mit aversiven emotionalen Zuständen über die Nutzung entsprechender Medieninhalte nach einem mittelstarken, angenehm empfundenen Erregungsniveau. Mediennutzer wählen folglich (hedonistisch) Medieninhalte danach aus, ob diese sie in eine positivere Stimmung versetzen können (*hedonistische Valenz des Stimulus*) (Mangold & Bartsch, 2012). Rezipienten in einem akut negativen emotionalen Zustand bevorzugen dagegen Medieninhalte, die ein hohes *Absorptions- bzw. Ablenkungspotenzial* bieten und inhaltlich möglichst schwach mit den Ursachen für ihre Stimmung zusammenhängen (*semantische Affinität*). Bestimmte Medienangebote, wie beispielsweise Komödien, Action-Angebote, romantische Inhalte oder Soaps, erscheinen besonders geeignet, angenehme, mittelstarke Erregungszustände der Zuschauer hervorzurufen (*mittleres Erregungspotenzial*) (Bartsch, 2007). Verschiedene Medieninhaltsgenres sind einerseits bei verschiedenen Zuschauern unterschiedlich gut geeignet, bestimmte Emotionen auszulösen, andererseits variiert der Umgang mit den Emotionen, die durch Nutzung bestimmter Medien hervorgerufen werden (Bartsch, 2007). Die Rezipienten erlernen den Umgang mit verschiedenen Medieninhalten und deren stimmungsregulierende Wirkung durch operantes Konditionieren (Zillmann, 1988b, S. 148; 150), wodurch die Medienauswahl nicht zwangsläufig bewusst abläuft (Zillmann, 1988a, S. 329). Neben solchen hedonistischen, stimmungsverbessernden Zuwendungsmotiven können Rezipienten durch die Selektion und Nutzung von Medien eudaimonische Gratifikationen anstreben. Damit ist die Suche nach bedeutungsvollen bzw. kognitiv-emotional anregenden Medieninhalten gemeint, die eine Introspektion, selbstbezogene Einsichten und das Erleben gemischter Emotionen oder die Auseinandersetzung mit bedeutungsvollen Lebensfragen ermöglichen (Oliver, 2008, S. 42; Oliver & Raney, 2011, S. 988). Bei Oliver und Bartsch (2010) wird diese Gratifikation, die etwa durch bewegende und kognitiv anregende Medieninhalte entsteht, als „appreciation“ bezeichnet. Schließlich kann auch alleine das Erleben von Emotionen zur Mediennutzung führen. Einen übergeordneten Theorierahmen dafür liefert das Konzept der Meta-Emotionen (Bartsch et al., 2008; Wirth & Schramm, 2007). Danach können Emotionen selbst der zentrale Bewertungsgegenstand sein. Meta-Emotionen sind diesem Verständnis nach also Bewertungen des eigenen emotionalen Erlebens. Sie sind ein Resultat emotional-reflexiver

Prozesse (Wirth & Schramm, 2007, S. 164), die im Rahmen des Mood Managements „allenfalls eine Randerscheinung“ (Wirth & Schramm, 2007, S. 164) darstellen. Die aus der Nutzung verschiedener Medieninhalte resultierenden Emotionen können somit für sich genommen eine bedeutsame Gratifikation sein.

Im Zusammenhang mit Depressionen lassen sich also Argumente für eine umfangreichere Mediennutzung ableiten, etwa weil depressive Personen verstärkt Medieninhalte zum Mood Management heranziehen, um ihre eigene Stimmungslage (positiv) zu modifizieren. Auch die Kompensation weiterer Gratifikationen der Medienzuwendung (jenseits von Mood Management, u.a. die Kompensation fehlender sozialer Kontakte, Orientierung, Gewohnheit; vgl. ausführlich Rubin, 2009) können im Falle einer Depression dazu beitragen, dass verschiedene Medieninhalte intensiver rezipiert werden (vgl. Krcmar & Kean, 2005; LaRose et al., 2003; Singer, Slovak, Frierson & York, 1998, S. 1047). Selfhout, Branje, Delsing, ter Bogt und Meeus (2009) zeigen beispielsweise, dass die Zuwendung zu Internet-Chats tatsächlich mit niedrigerer Depression assoziiert ist, während die Zuwendung zu „non-communication purposes“ – worunter die Autoren allgemeines Surfen im Internet verstehen (Selfhout et al., 2009, S. 820) – mit höherer Depression verbunden ist. Abermals tragen also bestimmte Medienangebote dazu bei, dass Depressionen aufrechterhalten werden (vgl. auch Morgan, 1984, S. 740). Selfhout et al. (2009) begründen den Zusammenhang theoretisch damit, dass die allgemeine Internetnutzung genau die Zeit raubt, die normalerweise für soziale Aktivitäten oder die Pflege sozialer Kontakte aufgebracht wird, und dieses Defizit gleichzeitig nicht kompensiert werden kann (vgl. Amichai-Hamburger & Ben-Artzi, 2003; Bargh & McKenna, 2004; Caplan, 2003; Nie & Erbring, 2002; Weiser, 2001). Amichai-Hamburger und Furnham (2007) oder Morgan und Cotten (2003, S. 135) argumentieren hingegen, dass eine höhere Internetnutzung mit verminderter Depression assoziiert sein kann, weil die soziale Unterstützung, die man im Internet erfahren kann und die im Rahmen von Depressionen oft fehlt, Stress und folglich depressive Symptome reduziert.

Gleichzeitig finden sich auch Argumente für eine geringere Mediennutzung, weil die vorhandenen Ressourcen zur Emotionsregulation im Rahmen einer Depression nicht ausreichen oder dies kognitiv überfordernd wäre. Die Mediennutzung wird also von dem insgesamt reduzierten Aktivitätsniveau in einer depressiven Phase berührt (vgl. Canary & Spitzberg, 1993; Kraut et al., 1998). Die Nutzung stimmungskongruenter, ernsthafter Inhalte lässt sich damit erklären, dass diese Medieninhalte Ansatzpunkte zur Selbstreflexion bieten. Da Depressive zum ruminativen und selbst-fokussierten Denken neigen, könnten gerade reflektierte und sinnstiftende Medieninhalte auf fruchtbaren Boden fallen und besonders stark zu einer gratifikatorischen Mediennutzung beitragen. Und da für depressive Menschen durch das „Gefühl der Gefühllosigkeit“ zahlreiche emotionale Gratifikationen im Alltag unerreichbar sind, kann bereits das Gefühl, im Umgang mit bestimmten Medieninhalten

überhaupt (wieder) Emotionen empfinden zu können, eine besonders positive Erfahrung darstellen (Meta-Emotionen). Im Krankheitsverlauf einer Depression dürften Meta-Emotionen dann besonders intensiv auftreten, wenn sich das Symptom „Gefühl der Gefühllosigkeit" abschwächt und Depressive überhaupt wieder in der Lage sind, Emotionen zu empfinden (beispielsweise am Übergang von einer akuten depressiven Episode zu einer Remissionsphase, in der die depressiven Symptome zurückgehen).

Auf die individuelle Suizidalität können sich Depressionen über die vorherrschenden negativen kognitiven Schemata durchschlagen, wenn diese dazu führen, dass sich emotional-reflexive Prozesse negativ auf den Selbstwert depressiver Personen auswirken. Auch negative Zukunftsaussichten und allgemeine Hoffnungslosigkeit (vgl. Kapitel 4.2) können negative Medienwirkungen und die individuelle Suizidalität erhöhen. Durch die im Zusammenhang mit Depressionen eingeschränkten Fähigkeiten zur Emotionsregulierung und Problemlösung sowie die reduzierten sozialen Kontakte (vgl. Romer, Jamieson & Pasek, 2009) dürfte das Suizidrisiko zudem höher liegen.

Die gemeinsamen Auswirkungen von Depressionen und speziellem Mediennutzungsverhalten auf die individuelle Suizidalität werden unter anderem in der Studie von Chiu, Ko und Wu (2007) deutlich, die zeigen, dass Studenten mit zunehmendem Schweregrad depressiver Symptome häufiger angegeben haben, Suizidnachrichten in taiwanesischen Medien zu rezipieren. Die Stichprobe wird als repräsentativ für taiwanesische Studenten (18–25 Jahre) beschrieben und beantwortete unter anderem Fragen zur Kontakthäufigkeit mit Suizidnachrichten (Antworten reichten von „gar nicht" bis „täglich"), die anschließend zu drei Intensitätsgraden zusammengefasst wurden (Kontakt mit Suizidnachrichten niedrig – mittel – hoch; Chiu et al., 2007, S. 586).[47] Die Studie belegt, dass sich Zusammenhänge zwischen der Kontakthäufigkeit mit Suizidnachrichten und der Suizidalität der Befragten nur für Befragte mit schwerem Depressionsgrad nachweisen ließen (Chiu et al., 2007, S. 589). Die Kontakthäufigkeit mit Suizidnachrichten alleine hing dagegen mit keiner anderen Untersuchungsgröße deutlich zusammen (u.a. Geschlecht, Alter, Einkommen, Depressionsgrad).

Demgegenüber dokumentieren Nanayakkara, Misch, Chang und Henry (2013) anhand der Sekundärauswertung repräsentativer Längsschnittdaten für Jugendliche (National Longitudinal Study of Adolescent Health), dass der Schweregrad einer Depression im persönlichen Umfeld dagegen keinen Einfluss darauf hat, wie stark sich eine direkte Suiziderfahrung im Freundes- bzw. Bekanntenkreis auf die eigene Suizidalität auswirkt. Jede direkte Suiziderfahrung erhöht die individuelle Suizidalität allerdings in demselben Maße wie eine schwere Depression. Diese Befunde stehen

[47] Es stellt sich grundsätzlich die Frage, inwiefern die Befragten in der Lage sind, diese Frage valide zu beantworten, und inwiefern manche Antwortmöglichkeiten überhaupt realistisch erscheinen.

im Gegensatz zu den Resultaten von Mercy (2001), die suizidprotektive Effekte sowohl für direkte persönliche Suiziderfahrungen als auch für die Konfrontation mit medialen Darstellungen von Suiziden zeigen konnte. Die Vermutung, dass in depressiven Subpopulationen stärkere interpersonale bzw. mediale Einflüsse auf die Suizidalität beobachtet werden können, bestätigte sich hier empirisch nicht (Mercy, 2001, S. 123). Jackson und Potkay (1974) untersuchten den Zusammenhang zwischen verschiedenen Darstellungsvarianten des Theaterstücks „Quiet Cries", in dem ein Suizid dargestellt wird, auf der Bühne, im Fernsehen, im Radio und unter einer Kontrollbedingung. Untersucht wurde der Einfluss des Stückes auf den Depressionsgrad und die Suizidalität von insgesamt 160 Studenten. Die Studie belegt weder eine Wirkung des Stückes auf den Depressionsgrad noch auf die Suizidalität der Teilnehmer, sondern zeigt sogar tendenziell einen umgekehrten, also einen depressionsmindernden Effekt (Jackson & Potkay, 1974, S. 17).

So verwundert es nicht, dass Depressionen selbst in kommunikationswissenschaftlichen Übersichtswerken bislang nicht systematisch als relevante Drittvariable erkannt wurden, sondern meist in speziellen Kontexten und zusammen mit inhaltlich assoziierten Konstrukten wie beispielsweise Angst (Cantor, 2009, S. 288) oder speziellen Populationen (z.B. im Kontext von Essstörungen) (Levine & Harrison, 2009, S. 492) oder von sozial isolierten Personengruppen (Lin, 2009) besprochen werden. Eine systematische Übersicht über zentrale Forschungsbeiträge zu den Zusammenhängen von Mediennutzungsverhalten und Depressionen fehlt allerdings bislang.

4.1.2 Zentrale Befunde zum Zusammenhang von Depressionen und Mediennutzung

Um diesem Defizit entgegenzutreten, wurde im Rahmen der vorliegenden Studie die einschlägige Literatur zu den Zusammenhängen von Depressionen und Mediennutzung systematisch anhand eines zuvor festgelegten Analyseinventars durchleuchtet (vgl. propositionale Meta-Analyse nach Bonfadelli & Meier, 1984; Steinleitner, 2014). Dabei wurden 31 zentrale Forschungsarbeiten aus den Disziplinen Kommunikationswissenschaft, Psychologie und Medizin (siehe Markierung der Studien) anhand von sechs Kategorien vergleichend analysiert. Die Analyse fand anhand der folgenden sechs forschungsleitenden Fragen statt:

1. *Untersuchungsdesign der Studie*: Kam ein Quer- bzw. Längsschnittdesign zum Einsatz? War die Studie quantitativ oder qualitativ angelegt? Handelt es sich um eine reine Befragung oder wurde zusätzlich ein experimentelles Untersuchungsdesign angewendet?

2. *Depressivität:* Wurde Depressivität als eine klinisch relevante Untersuchungsgröße aufgefasst? Mithilfe welches Messinstruments wurde die Depressivität erfasst?
3. *Untersuchte Medien*: Welche Medien wurden im Rahmen der Untersuchung berücksichtigt?
4. *Sample*: Wie groß war die Stichprobe der Untersuchung? Welches Alter hatten die Untersuchungsteilnehmer im Durchschnitt? Welches Geschlechterverhältnis lag in der Untersuchung vor? Wird das Sample als repräsentativ beschrieben?
5. *Zusammenhang zwischen Depression und Mediennutzungsdauer bzw. -häufigkeit*: Wie wurde die Tendenz des Zusammenhangs beschrieben? Welche Kennzahlen wurden für den Zusammenhang berichtet?
6. *Inhaltliche Präferenzen bzw. Abneigungen im Kontext von Depressivität*: Lieferte die Untersuchung für den Medienkontext Hinweise auf die inhaltlichen Präferenzen oder Abneigungen depressiver Personen?

Die Merkmale der dieser Analyse zugrunde liegenden Studien sind im Anhang tabellarisch abgebildet. In den folgenden Abschnitten finden sich die Befunde der genannten sechs Kategorien dargestellt.

Design

Die meisten Arbeiten wurden vor einem kommunikationswissenschaftlichen (12/31) oder psychologischen Hintergrund (12/31) durchgeführt. Sieben Studien lassen sich dagegen der medizinischen Forschung zuordnen. Die überwiegende Anzahl der Studien (25/31) untersucht Zusammenhänge zwischen Mediennutzung und Depressionen anhand eines Querschnittdesigns, während nur 6/31 Studien die Zusammenhänge im Zeitverlauf analysieren. Der Großteil der Arbeiten ist quantitativer Natur (27/31), nur zwei der identifizierten Arbeiten basieren auf einem qualitativen Untersuchungsansatz. In allen Studien wurden Untersuchungsteilnehmer befragt, wobei in keinem Falle eine experimentelle Variation überprüft wurde. In zwei Studien (Dillman Carpentier et al., 2008; Primack et al., 2011) kommt ein ambulantes Assessment zum Einsatz (Ecological Momentary Assessment; EMA), bei dem die Untersuchungsteilnehmer in ihrem Alltag (in der Regel über mobile Endgeräte) mehrmals täglich befragt wurden. Bei Dittmar (1994) kommt ein Medientagebuch zum Einsatz, in dem die Teilnehmer ihr Fernsehverhalten protokollieren sollten.

Depressivität

Den meisten Arbeiten liegt ein klinisches Verständnis von Depressionen zugrunde (26/31). Diese Arbeiten sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die Erfassung der unabhängigen Variablen Depression anhand etablierter Erhebungsinstrumente erfolgt. Studien, in denen wenige, z.T. selbst operationalisierte Einzelitems zur Erfassung von Depressionen verwendet wurden (5/31), fehlt ein umfassendes, mehrdimensionale Verständnis der Krankheit Depression (vgl. Kapitel 2.2.2), wodurch die Abgrenzung zu negativen Stimmungen oder kurzfristiger Niedergeschlagenheit erschwert wird und worauf bei der Literaturdurchsicht unbedingt geachtet werden sollte. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Depressionen sind heterogen. Häufiger kommen dabei noch das BDI (4/31) (Beck Depression Inventory; Beck et al., 1996; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), der PHQ-9 (3/31) (Patient Health Questionnaire; Kroenke, Spitzer & Williams, Janet B. W., 2001) oder die CESD (9/31) (Centers for Epidemiologic Studies–Depression Scale; Radloff, 1977) zum Einsatz. Für bzw. gegen den Einsatz der verschiedenen Erhebungsinstrumente sprechen jeweils Studien, die leichte Differenzen hinsichtlich der Sensitivität und Spezifität der Skalen (Santor, Zuroff, Ramsay, Cervantes & et al, 1995) feststellen bzw. keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Instrumenten finden (Zich, Attkisson & Greenfield, 1990) oder bei bestimmten Altersgruppen leichte Vorteile für einzelne Instrumente ausmachen (Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1991). Insgesamt erscheint es wichtig, einem zugrunde liegenden klinischen Modellverständnis von Depression ein entsprechendes Erhebungsinstrument zur Seite zu stellen, anstatt auf Kosten der Vergleichbarkeit und Anschlussfähigkeit der Studienergebnisse auf selbstkonstruierte Items zurückzugreifen, die dem vielschichtigen Krankheitsbild nicht gerecht werden.

Untersuchte Medien

Am häufigsten werden Zusammenhänge zwischen Mediennutzung und Depressionen für das Internet (22/31) und das Fernsehen untersucht (14/31). Studien, die dem Zusammenhang zwischen der Nutzung von Tageszeitungen (4/31), der Nutzung des Radios (4/31), von Musik (5/31) oder Büchern (3/31) und Depressionen nachgehen, sind dagegen seltener vorzufinden. In insgesamt 23/31 Arbeiten wurde nur ein Medium untersucht, 4/31 untersuchten Zusammenhänge an zwei bis drei Medien. Studien, die gleichzeitig mindestens vier verschiedene Medien berücksichtigten, sind noch seltener (3/31). Dies wird der Mediennutzung nur zum Teil gerecht, da verschiedene Medien (noch) häufig parallel genutzt werden (Peiser, 2012).

Sample

Insgesamt nahmen 43.380 Personen an den aufgelisteten Untersuchungen teil. Die durchschnittliche Stichprobengröße der Untersuchungen umfasst 1.496 Personen, das nach Stichprobengröße gewichtete Durchschnittsalter der Teilnehmer beträgt 41 Jahre (sofern dieses in den Studien angegeben wurde). Auffällig ist dabei, dass gerade größer angelegte Studien häufig auf extreme Altersgruppen fokussieren (insbesondere Jugendliche oder Ältere). Eine Studie bildet hiervon die Ausnahme (Wilhelm, Gillis, Schubert & Whittle, 2013), in der ein altersmäßig breit gestreutes Sample (18–66+ Jahre) rekrutiert wurde, das allerdings nicht als repräsentativ für eine bestimmte Population gelten kann. In den Untersuchungen waren ferner etwa 46% der Befragungsteilnehmer männlich. Von repräsentativen Stichproben ist nur in 8/31 Fällen die Rede.

Zusammenhang zwischen Mediennutzung und Depression

Insgesamt deutet beinahe die Hälfte der Studien (14/31) auf einen positiven Zusammenhang zwischen Depressionen und dem Umfang der Mediennutzung hin, während ungefähr gleich viele Arbeiten keinen eindeutigen Zusammenhang feststellen (12/31). Diese Befunde schließen also nur zum Teil an die Befunde der Kommunikationsforschung an, die einen Zusammenhang zwischen erhöhter Fernsehnutzung und Lebens*un*zufriedenheit herstellen konnten (Frey, Benesch & Stutzer, 2007; Robinson & Martin, 2008; Shrum, Lee, Burroughs & Rindfleisch, 2011, S. 41). Zwei Studien finden dagegen einen negativen Zusammenhang zwischen dem Umfang der Mediennutzung und Depressionen, wobei die aktuellere der beiden Arbeiten (Cotten, Ford, Ford & Hale, 2012) auf ein großes Sample höheren Alters und die ältere Studie (Potts & Sanchez, 1994) auf ein verhältnismäßig kleines und insgesamt junges Sample zurückgreift.[48] Die Stärke des Zusammenhangs lässt sich auf Basis der untersuchten Arbeiten als schwach bis allenfalls moderat beschreiben. Bei den acht Studien, mit repräsentativer Stichprobe, sprechen sieben für einen positiven Zusammenhang, eine Arbeit findet dagegen keine eindeutigen Belege dafür, dass ein höherer Depressionsgrad mit einer höheren Mediennutzungsdauer verbunden ist. Interessant sind hier vor allem die Befunde von Bélanger, Akre, Berchtold und Michaud (2011), die einen U-förmigen Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und dem Depressionsgrad feststellen. Demnach liegt sowohl bei Personen mit einer besonders hohen, aber auch bei Personen mit einer besonders

[48] Drei Arbeiten (Dutta-Bergman, 2005; Thomson, Reece & Di Benedetto, 2014; Wilhelm, Gillis, Schubert & Whittle, 2013) untersuchen die Motive zur Mediennutzung, daher werden keine Zusammenhänge zwischen Depressionen und dem Umfang der Mediennutzung berichtet.

niedrigen Mediennutzung der Depressionsgrad höher als bei Personen, die das Internet in durchschnittlichem Umfang nutzen.

Inhaltliche Präferenzen und Depression

Allgemein scheinen vor allem Nutzungsmotive wie Berieselung oder Kompensation (insbesondere online, hier speziell Foren oder Chats) im Vordergrund zu stehen. Zu den konkret genutzten Inhalten, die in den Studien explizit angesprochen werden, weil sie im Zusammenhang mit Depressionen häufig präferiert werden, zählen unterhaltende und gesundheitsbezogene Inhalte, sowie Soap Operas, Dramen, Comedy, Actionfilme, Liebesfilme, erotische Inhalte, Computerspiele und Shopping-Angebote. Auch bekannte Inhalte in den Medien werden tendenziell präferiert, was unter anderem auf die Tendenz zur Habitualisierung von Handlungen im Kontext von Depressionen hindeutet (vgl. Kapitel 3.3.5). Weniger häufig genutzt werden den untersuchten Studien zufolge dagegen allgemein komplexe Inhalte sowie tendenziell allgemeine Informationsangebote. Bei Männern stellte Dittmar (1994) einen depressionsbezogenen Rückgang der Nutzung von Sportsendungen fest. Auch dürfte die interpersonale Kommunikation reduziert und davon die Nutzung entsprechender Angebote im Internet betroffen sein. Interessant ist dabei sicherlich, inwiefern Präferenzen bzw. Abneigungen für bestimmte Medien und Inhalte miteinander interagieren, da beispielsweise die Nutzung gesundheitsbezogener Informationen im Internet und dort speziell in interaktiveren Umgebungen tendenziell wieder häufiger genutzt werden (vgl. Scherr & Reinemann, 2014). Insgesamt ist die Befundlage zu diesem Themenbereich recht dünn, da es bislang vor allem an empirischen Arbeiten mit repräsentativen Stichproben mangelt, denen sowohl ein klinisches Verständnis von Depressionen zugrunde liegt als auch die Mediennutzung intensiver erfasst wird und nicht nur einzelne Medienangebote oder Inhalte fokussiert werden.[49]

4.1.3 Motive zur Mediennutzung im Kontext von Depressionen

Im Rahmen der propositionalen Meta-Analyse relevanter Literatur zu Mediennutzung und Depressionen wurden spezifische Motive zur Mediennutzung nicht miterfasst. Sie sollen daher an dieser Stelle narrativ aufgearbeitet werden. Comer (2008, S. 242) gibt einen aufschlussreichen Überblick über verschiedene Aktivitäten zur Ver-

[49] So diskutieren etwa Földy und Ringel (1993) ausführlich und medienkritisch mögliche Zusammenhänge und Zukunftsszenarien von Medien und Depressionen, allerdings ohne diese Überlegungen mit eigenen empirischen Erhebungen nachzugehen.

besserung der eigenen Stimmungslage. Als einzige medienbezogene Tätigkeit rangiert in der Studie „Musik hören“ auf dem zweiten Platz (nach Beliebtheit sortierte Tätigkeiten; Platz 1: Gespräch mit Freunden oder Familienmitgliedern). Kritisch ist daran allerdings anzumerken, dass nahezu ausschließlich Tätigkeiten abgefragt wurden, die ein Mindestmaß an Aktivität erfordern (z.B. essen, baden/duschen; vgl. Comer, 2008, S. 242), das im Falle von Depressionen bereits nicht mehr vorhanden sein kann. Die Studie unterschätzt daher vermutlich den Stellenwert einer differenzierter erhobenen Mediennutzung. Gleichwohl fragen viele Studien nach der Motivation zur Nutzung bestimmter Musik im Zusammenhang mit Depressionen. Dies erscheint insofern plausibel, als Musik emotional wirksam werden kann, ohne gleichzeitig Kognitionen zu beeinflussen. Gerade vor dem Hintergrund der kognitiven Symptome einer Depression ist Musik demnach besonders zur Emotionsregulation geeignet. Wilhelm, Gillis, Schubert und Whittle (2013, S. 4) zeigen beispielsweise, dass die Motivation zur Musiknutzung bei Depressionen nicht nur in der Absicht zur Veränderung der eigenen Gefühle liegt, sondern auch darin besteht, eigene Emotionen auszudrücken zu reflektieren. Diese Befunde sprechen also für Nutzungsmotive, die auf Meta-Emotionen fokussieren. Bei nicht-depressiven Teilnehmern waren diese Motive deutlich schwächer ausgeprägt. In eine ähnliche Richtung weisen die Befunde von Thomson, Reece und Di Benedetto (2014, S. 156), die ebenfalls die Motive zur Musiknutzung im Kontext von Depressionen untersuchten. Die Studie belegt einen positiven moderaten Zusammenhang zwischen einer stimmungskonformen Musiknutzung und Depressionen (Motiv „Discharge“; $r = .25$, $p < .01$) und gleichzeitig einen negativen moderaten Zusammenhang zwischen einer stimmungsaufhellenden Musiknutzung und Depressionen (Motiv „Entertainment“; $r = -.28$, $p < .01$). Canary und Spitzberg (1993) differenzieren zwischen situationaler und chronischer Einsamkeit und untersuchen deren Auswirkungen auf die Mediennutzung. Das Verständnis von chronischer Einsamkeit zeigt viele Parallelen zu einer klinischen Depression (Mehrdimensionalität des Phänomens, Dysfunktionalität für Betroffene, spezifischer Attributionsstil; Canary & Spitzberg, 1993, S. 803), wenngleich Depressivität als eine Begleiterscheinung von Einsamkeit verstanden wird (Canary & Spitzberg, 1993, S. 804). Die Studie geht davon aus, dass chronische Einsamkeit insgesamt mit geringeren Gratifikationen einhergeht, die aus der Mediennutzung erwachsen. Die Studie differenziert zwei Cluster medienbezogener Gratifikationen (Cluster „surveillance“: Informationen über Politik, Aktuelles, die eigene Person; Cluster „escape“: Alltagsflucht, Überwinden von Einsamkeit, Ablenkung, Unterhaltung), die mit verschiedenen Mediengattungen unterschiedlich stark assoziiert sind. Die Befunde sprechen dafür, dass chronisch einsame Personen sowohl Zeitungen und Zeitschriften als auch interpersonaler Kommunikation mit Freunden und Familienmitgliedern, Büchern, Filmen und Musik eher absprechen, die Gratifikation „surveillance“ zu bedienen. Chronisch einsame Personen gaben ferner im Gegensatz zu nicht einsamen Personen an, dass Zeitungen und interper-

sonale Kommunikation deutlich weniger zur Erfüllung der Gratifikation „escape" geeignet sind (Canary & Spitzberg, 1993, S. 808–809). In einer weiteren Studie bestätigt sich zudem, dass verschiedene Gratifikationen mithilfe von Medien in der Wahrnehmung Depressiver weniger gut erreicht werden können. In eine ähnliche Richtung deuten auch die Befunde von Shepherd und Edelmann (2005, S. 955), die zeigen, dass Depressionen nicht mit verschiedenen Strategien bei der Nutzung des Internets zum Ausgleich sozialer Phobien zusammenhängen.

Am Beispiel von Suizidforen wird jedoch deutlich, dass bestimmte Motive zur Mediennutzung im Zusammenhang mit Depressionen erwachsen können. Baker und Fortune (2008) belegen in ihrer qualitativ angelegten Studie (Tiefeninterviews mit 10 aktiven Forenteilnehmern) zur Nutzung von Internetseiten mit Bezug zum Thema Suizid oder absichtlicher Selbstverletzung, dass die Suizidwebsites aus Sicht der Nutzer in erster Linie soziale Funktionen erfüllen und zur Problembewältigung beitragen. Die Befragten waren bis auf eine Person allesamt Frauen im Alter von 18 bis 33 Jahren und nutzten Suizidwebsites mindestens mehrmals pro Woche, zum Großteil sogar täglich. Die Aussagen der Studienteilnehmer verweisen explizit auf emotionale und informationsbezogene Nutzungsmotive, die von den Suizidwebsites bedient werden. Diese Websites bieten eine Plattform, auf der sich Gleichgesinnte zum Informationsaustausch treffen oder sich gegenseitig unterstützen (2008, S. 120). Sie vermitteln zudem Zugehörigkeit, Verständnis und Mitgefühl. Wright et al. (2013) schreiben der Nutzung sozialer Netzwerke positive Folgen zu. Gleichzeitig stellt die Studie eine positive Korrelation zwischen dem Umfang der Nutzung von Facebook und dem Depressionsgrad fest. Die Autoren betonen daher die Differenzierung der Mediennutzung nach verschiedenen Motiven im Kontext von Depressionen. So kann sich beispielsweise der Ersatz sozialer Kontakte durch die verstärkte Nutzung von Facebook auch negativ auf Depressionen auswirken, selbst wenn die dort erfahrene soziale Unterstützung an sich Depressionen mildert. Fu, Wong und Yip (2010, S. 1247) zeigen anhand einer Auswertung des Suchverhaltens im Internet, dass Personen, die nach Informationen zu Depressionen suchen, im Vergleich zu anderen Suchanfragen besonders motiviert sind.[50] Die Motivation hinter den Anfragen bezieht sich dabei vor allem auf allgemeine Informationen zu Depressionen (19% der Anfragen), Informationen zu ihrer Erkennung und Behandlung (16–18%), andere Störungen, die im Zusammenhang mit Depressionen vorkommen (6–7%), alters- bzw. geschlechtsspezifische Informationen zur Krankheit (5%) und Anfragen zum Thema Suizid (1%). Die Befunde deuten insgesamt auf den positiven Einfluss des Internets auf die Krankheit und den Krankheitsverlauf hin, worauf insbesondere die häufige Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Symptomen hinweist. Allerdings indizieren die niedrigen Click-Through-Raten, dass

[50] Die Studie gibt keinen detaillierten Aufschluss über die Vorgehensweise, argumentiert allerdings auf Basis von sogenannten „click through rates" auf Suchergebnisseiten.

eine Hauptmotivation vermutlich in der überblicksartigen Informationssuche anstatt in spezifischeren Suchanfragen bestand. Der Stellenwert von Suchanfragen dürfte außerdem in Zeiten von Web-2.0-Anwendungen – insbesondere aufgrund der wahrgenommenen höheren Informationsqualität bei Suchmaschinen und Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre bei sensiblen Themen – als hoch eingeschätzt werden (Choudhury, Morris & White, 2014).

Insgesamt lässt sich für die Forschung zu Depressionen und Mediennutzung postulieren, dass diese in den letzten Jahren stärker die Komplexität der Zusammenhänge in den Blick nimmt. So wird beispielsweise soziale „offline"-Unterstützung als wichtiger Mediator zwischen Depression und Mediennutzung erkannt (McKenna, Green & Gleason, 2002; Wright et al., 2013, S. 46) und nicht mehr isoliert betrachtet. Fehlt die soziale Unterstützung im echten Leben oder reduziert sich diese durch eine exzessive Mediennutzung, können bestimmte Medieninhalte zwar dazu beitragen, diese Defizite medial zu kompensieren, gleichzeitig die realen Coping- bzw. Unterstützungsmechanismen jedoch weiter geschwächt werden (Ellison, Steinfield & Lampe, 2007; Kraut et al., 1998, S. 1026). So zeigen etwa LaRose, Lin und Eastin (2003, S. 238), dass sich Depressionen indirekt über defizitäre Selbst-Regulationsmechanismen positiv auf die Intensität der Internutzung auswirken. Dabei können die defizitären Selbst-Regulationsmechanismen die Herausbildung habitualisierter Mediennutzungsmuster begünstigen, die zusätzlich zu einer Erhöhung der Gesamtnutzungsdauer von Medien beitragen. Befunde, wonach eine höhere Internetnutzungsdauer mit höherer Depression und Einsamkeit einhergeht, sind Beispiele für inhaltsdiffuse Medienwirkungen (Kraut et al., 1998; Kraut et al., 2002; LaRose et al., 2003). Spezifische Medieninhalte spielten bei der Einordnung der Befunde keine besondere Rolle, der Bezug zu den Inhalten wird vielmehr indirekt über die Nutzung eines bestimmten Mediums hergestellt (Rice & Atkin, 2009, S. 460). Man kann davon ausgehen, dass Medienwirkungen im Kontext von Depressionen und Suizidalität auf besonders enge Weise mit der eigenen Person, individuellen Prädispositionen und dem persönlichen Umfeld verbunden sind. Dadurch erscheinen Medieninhalte, die einen Bezug zu diesen assoziativ-kognitiven Gedankenstrukturen herstellen, auch individuell besonders relevant.

4.2 Rezeption und Wahrnehmung von Medieninhalten im Kontext von Depressionen

Depressionen können die selektive Wahrnehmung negativer Objektmerkmale fördern, die wiederum auf die Gesamtwahrnehmung abfärben kann (Parkinson et al., 2000, S. 116). Anders formuliert, führt eine positive Stimmung dazu, dass bedeutungsinkongruente Objektmerkmale auch ausgeblendet werden können, während Depressionen dies tendenziell verhindern. Damit sind prinzipiell die beiden Haupt-

positionen in der wissenschaftlichen Diskussion über die Wahrnehmung im Kontext von Depressionen angesprochen, die von einem depressionsbedingten „negativity bias“ (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) bei der Umweltwahrnehmung oder aber einem „depressive realism“ (Alloy & Abramson, 1979; Moore & Fresco, 2012) ausgehen. In beiden Fällen können Depressionen dazu beitragen, dass Medieninhalte verzerrt wahrgenommen werden, woraus verschiedene Medienwirkungen entstehen können (vgl. Scherr & Reinemann, 2011). So kann die Darstellung von Gesundheitsrisiken in den Medien (z.B. das individuelle Risiko, in einen Verkehrsunfall verwickelt zu werden, durch Suizid zu sterben, aufgrund psychischer Störungen sozial ausgegrenzt zu werden) aufgrund der depressionsbedingten, negativ verzerrten Wahrnehmung die Hoffnungslosigkeit bzw. Aussichtslosigkeit der eigenen Situation, der eigenen Person und der eigenen Zukunft („kognitive Triade“) unterstützen. Damit würde eine depressionsbedingt negativ verzerrte Medienwahrnehmung dazu beitragen, die Depression aufrechtzuerhalten oder sogar zu verschlimmern. Alternativ ist es denkbar, dass entsprechend der Hypothese des „depressive realism“ depressive Personen ihr individuelles Gesundheitsrisiko und Gefahren realistischer einschätzen, weil sie die medial beschriebenen Ursachen der Gefahren in geringerem Umfang externen Ursachen zuschreiben, sondern verstärkt auf sich selbst beziehen. Daraus können sich gerade bei diesen Mediennutzern auch protektive Medienwirkungen ergeben.

Es gibt außerdem Hinweise darauf, dass sich Depressionen auf den Informationsverarbeitungsprozess selbst auswirken und dabei nicht nur die wahrgenommene Valenz eines Umweltreizes tangieren, sondern dazu führen, dass sich die Aufmerksamkeit insgesamt verstärkt auf die eigene Person ausrichtet (Parkinson et al., 2000, S. 117). Dies manifestiert sich beispielsweise darin, dass Depressive häufiger über ihre eigenen Schmerzen, Krankheiten und andere körperliche Probleme klagen. Dafür kann freilich auch ein Hang zur Übergeneralisierung und Übertreibung, der bei Depressiven häufig beobachtet wird, verantwortlich sein, oder auch der Einfluss von Depressionen auf die Erinnerung. Depressive dürften in den Medien außerdem insgesamt mehr negative als positive Informationen wahrnehmen, weil Menschen nicht nur insgesamt mehr Zeit mit der Verarbeitung stimmungskongruenter Informationen verbringen, sondern sich auch vorzugsweise stimmungskongruenten Informationen zuwenden. So beeinflussen depressive Störungen auch automatisch ablaufende Wahrnehmungen, indem sie „die Wahrnehmungsschwelle für bewertungskonsistente Informationen senken“ (Parkinson et al., 2000, S. 119) und damit die Aufmerksamkeit gegenüber solchen Umweltreizen erhöhen. Depressionen können sich also „verzerrend auf die Wahrnehmung und auf die Erinnerung von bewertungskonsistenten Ereignissen auswirk[en]“ (Parkinson et al., 2000, S. 121). Positiv gestimmte Menschen richten ihre Aufmerksamkeit eher auf positive Umweltreize und erinnern sich auch besser an solche Ereignisse in der Vergangenheit. Dabei unterschätzen positiv gestimmte Menschen oft ihr persönliches Risiko sowie

Gefahren in der Gegenwart. Im Gegensatz dazu fördern Depressionen die Wahrnehmung fehlender Kontrollmöglichkeiten sowie von Gefahren und Risiken für die eigene Person (Neurotizismus; vgl. Kapitel 5.1), insbesondere dann, wenn auch deren Folgen die eigene Person betreffen. Diese Beobachtungen variieren allerdings vermutlich mit dem Schweregrad einer Depression (Parkinson et al., 2000, S. 118; Swann, Wenzlaff, Krull & Pelham, 1992, S. 296). In der angesprochenen Studie (Swann et al., 1992) bevorzugten etwa leicht depressive Untersuchungsteilnehmer kongruent-negative Informationen (was einem eudaimonischen Nutzungsmotiv entspricht) gegenüber inkongruent-positiven Informationen über die eigene Person (was einer hedonistischen Nutzung entsprechen würde), um vermeintlich ehrlichere Informationen über sich (und ihre Probleme) zu erhalten, mit denen sie ihre Erkrankung schließlich überwinden können.[51] In eine ähnliche Richtung weisen letztlich auch die Befunde in Kapitel 4.1.1 zu emotionalen Gratifikationen.

Im Zusammenhang mit Depressionen verlaufen dann Kausalattributionen außerdem in umgekehrter Richtung wie bei gesunden Menschen: So machen sich Depressive für Fehler häufiger selbst verantwortlich, bestärken sich in den negativen Urteilen über die eigene Person und zeigen nicht den für gesunde Menschen typischen „self-serving bias", bei dem Fehler vor allem auf externe Ursachen und Positives auf die eigene Person zurückgeführt werden. Diez-Alegría, Vázquez, Nieto-Moreno, Valiente und Fuentenebro (2006) differenzieren diese Tendenz (Negatives stärker der eigenen Person zuzuschreiben, Positives den äußeren Bedingungen) dahingehend, dass der Gesamteffekt im Zusammenhang mit Depressionen vor allem durch die Fehlerzuschreibung an die eigene Person zum Tragen kommt, während die Zuschreibungen an externe Umstände bei Depressiven und Nicht-Depressiven etwa gleich häufig vorkommt. Dies lässt sich als weiteres Indiz für die ausgeprägte Selbstbezogenheit im Kontext von Depressionen deuten. So resümieren Parkinson, Totterdell, Briner und Reynolds (2000, S. 133–134), dass depressive Stimmungen stimmungskongruente Erinnerungen befördern und dazu beitragen, dass sich die Wahrnehmung besonders auf die negativen Aspekte fokussiert. Dabei dürften die Effekte depressiver Stimmungen uneinheitlicher sein als bei angenehmen Stimmungen, weil sowohl eine Stimmungsregulation als auch eine Veränderung der Situation (je nach tatsächlich verfügbaren bzw. wahrgenommenen Ressourcen) möglich ist, wobei die Ansatzpunkte selbst wiederum stimmungsabhängig sind.

Diese vorwiegend klinischen Einschätzungen decken sich weitgehend mit den kommunikationswissenschaftlichen Befunden, die vorwiegend anhand nicht-klinischer Stichproben ermittelt wurden. Konijn, van der Molen und van Nes (2009) liefern beispielsweise einen interessanten Beleg für die Relevanz des Zusammen-

[51] Swann diskutiert unter anderem diesen Befund vor dem Hintergrund umfangreicherer Forschungsbemühungen zur „self-verification". Dies geht in eine ähnliche Richtung wie die „Mood-Adjustment-Theorie" (Knobloch, 2003).

spiels von Emotionen und Kognitionen im Kontext audiovisueller Medien: Den Ausgangspunkt der Studie bildet die Frage, warum manche Zuschauer fiktionale Medieninhalte bis zu einem gewissen Grad als realistisch betrachten bzw. warum sie ihnen einen ähnlich hohen Informationswert wie non-fiktionalen Medieninhalten zuschreiben (trotz des Wissens, dass es sich um Fiktion handelt). Der Studie zufolge führen negative Emotionen der Zuschauer dazu, fiktionale Medienstimuli für realistischer zu halten. Als Erklärung wird angeführt, dass Emotionen die Informationsverarbeitung bei der Medienrezeption verzerren können (Forgas, 1995; Konijn et al., 2009, S. 312; Nabi, 2003) sowie auf die Erinnerung an die verarbeitete Information (Brosius, 1993; Zillmann, Knobloch & Yu, 2001) und die Einschätzung des Realitätsgrades der verarbeiteten Information (Prentice & Gerrig, 1999, S. 544) einwirken (Kühne, 2013, S. 7; Wirth & Schramm, 2005, S. 20–24). Schließlich wurde bereits im Rahmen des multifaktoriellen Depressionsmodells (vgl. Kapitel 2.2.4) darauf hingewiesen, dass Depressionen dazu führen können, alltägliche Automatismen (z.B. der Umgang mit bestimmten Medieninhalten) durch (weniger differenzierte) affektive Reaktionen zu ersetzen.

Abschließend werden hier noch die emotionalen Einflüsse auf die Informationsverarbeitung im Zusammenhang mit Depressionen angesprochen. Parallelen zu vergangenen Erlebnissen können auf die Informationsverarbeitung abfärben und den Umgang mit Medieninhalten beeinflussen. Depressionen sind dann dafür verantwortlich, dass reale und mediale Emotionen (Mangold & Bartsch, 2012) aufeinanderprallen. Dadurch findet möglicherweise eine sonst überwiegend im Alltag vorkommende Emotionsinduktion im Zusammenhang mit Depressionen auch verstärkt im medialen Kontext statt. Eine Ursache dafür kann die größere persönliche Betroffenheit sein, die durch die Kombination aus dem realen erinnerten und dem medial rezipierten Ereignis entsteht. Gleichzeitig können etwa empathische Emotionsreaktionen schwächer ausfallen, weil die Empathie gegenüber Medienfiguren im Gefühl der Gefühllosigkeit einer Depression verschwindet und die dafür wichtige Perspektivübernahme mit einem für Depressionen zu hohen kognitiven Aufwand verbunden ist. Ferner können im Medienkontext durch emotionale Ansteckung Emotionen entstehen. Die verschiedenen angesprochenen Formen emotionalen Copings (vgl. Wirth & Schramm, 2007, S. 172–174) tragen allerdings dazu bei, dass im Medienkontext oft nur schwache emotionale Ansteckungseffekte beobachtet werden. Sind allerdings die Coping-Strategien im Rahmen einer Depression eingeschränkt, können im medialen Kontext auch durch emotionale Ansteckung messbare emotionale Medienwirkungen entstehen. Bartsch und Oliver (2011) unterscheiden zwischen Gefühlen und Emotionen bei der Mediennutzung (Bartsch & Oliver, 2011, S. 13), wobei sie sich der Einschätzung Chupnik's (2011) anschließen, dass Gefühle („feelings") eher ein flüchtiger Zustand der Freude, des Interesses und der Erregung bei der Mediennutzung sind. Die Gefühlszustände werden dadurch hervorgerufen, dass aus den oberflächlichen Bedeutungsstrukturen der Medienin-

halte mithilfe kognitiver Schemata mentale Repräsentationen der eigenen Bedürfnisse und Wünsche werden (Bartsch & Oliver, 2011, S. 13). Emotionen werden dagegen eher mit einer profunderen Informationsverarbeitung in Verbindung gebracht, bei der Medieninhalte mit den eigenen Lebenserfahrungen verknüpft werden (Bartsch & Oliver, 2011, S. 13). Dadurch können beispielsweise „für das eigene Leben wichtige Werte salient" (Wirth, 2013, S. 239) werden, so dass die Unterhaltung durch die Medien mehr ist als ein kurzweiliges Vergnügen. Für eine profunde Informationsverarbeitung spielt die einem Medieninhalt persönlich zugeschriebene Relevanz eine wichtige Rolle: Als relevant angesehene Medieninhalte rufen mit größerer Wahrscheinlichkeit letztlich Emotionen hervor. Dementsprechend dürften Medieninhalte abhängig vom Depressionsgrad jeweils unterschiedlich stark negativ gefärbt wahrgenommen, auf die eigene Person bezogen und bei der Rezeption mit eigenen Erinnerungen verknüpft werden. Je schwerer die Depression, desto intensiver dürften diese Prozesse stattfinden. Die Relevanz fiktionaler Medieninhalte wird allerdings häufig angezweifelt. Dabei geht es um die Frage, inwiefern solchen Medieninhalten überhaupt eine persönliche Relevanz zukommt (Bartsch & Oliver, 2011, S. 14). Allerdings können fiktionale Medieninhalte Erinnerungen hervorrufen, durch die sie an persönlicher Relevanz gewinnen (Cupchik, 2011), weil sie eine Vielzahl an mentalen Anknüpfungspunkten und Parallelen zum Leben der Rezipienten bieten. Vor dem Hintergrund weiterer Prozesse wie beispielsweise einer Perspektivenübernahme („perspektive-taking"), der Identifikation oder der parasozialen Interaktionen mit Medienfiguren können die zugeschriebene Relevanz fiktionaler Medieninhalte und damit auch die hervorgerufenen Emotionen prinzipiell sogar noch höher sein als bei non-fiktionalen Inhalten (Bartsch & Oliver, 2011). Mit zunehmendem Schweregrad einer Depression dürften sich diese Prozesse verändern, weil etwa die Selbstfokussierung und Rumination stärker ausgeprägt oder aber Perspektivübernahmen und parasoziale Interaktionen mit zu hohem kognitiven Aufwand verbunden sind. Das Aktivitätsniveau, das bei der Medienzuwendung vonnöten ist, kann dementsprechend ein zusätzlicher wichtiger Moderator sein.

5 Einflussgrößen und Erklärungsansätze zu Depression, Medien und Suizidalität

Bisher wurden in einem ersten Schritt die Verbindungslinien zwischen Suizidalität und Medien sowie die wichtigsten Prädispositionen und Erklärungsmechanismen für Nachahmungssuizide im Medienkontext herausgearbeitet (vgl. Kapitel 3). Anschließend wurden in einem zweiten Schritt die wichtigsten Befunde zu den Zusammenhängen von Depressionen und Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung zusammengetragen (vgl. Kapitel 4). In diesem Kapitel sollen diese beiden Perspektiven nun zusammengeführt werden, indem die wichtigsten Einflüsse und Erklärungsmechanismen für das Zusammenspiel von Depressionen, Medien und Suizidalität dargestellt werden (vgl. Kapitel 5.1), bevor daraus ein Gesamtmodell entworfen wird (vgl. Kapitel 5.2). Dies geschieht vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Depressionen die zweithäufigste psychische Störung sind, von der mindestens ein Fünftel der Bevölkerung in Industrieländern einmal im Leben betroffen ist (Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam & Jetten, 2014, S. 215), und dass suizidale Verhaltensweisen zu den Symptomen einer Depression zählen (vgl. Tabelle 3; Lönnqvist, 2000). Daher ist es plausibel anzunehmen, dass sich soziale, psychosoziale und biologische Faktoren für Depressionen auch auf suizidale Verhaltensweisen auswirken können (Cruwys et al., 2014, S. 224) und dass Medien dabei einen wichtigen Einfluss im Alltag ausüben.

5.1 Soziale, psychosoziale und mediale Einflüsse auf Depressionen und Suizidalität

Schmidt-Atzert (1996, S. 247) betont die Bedeutung sozialer Erklärungsfaktoren bei Depressionen, die zwischen 8 und 18% einer depressiven Stimmung erklären. Lorant (2003) zeigen etwa, dass ein niedriger sozioökonomischer Status mit einer höheren psychiatrischen Komorbidität zusammenhängt. Das Risiko, an Depressionen zu erkranken, wird für Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status auf Basis einer Meta-Analyse von insgesamt 51 Arbeiten beinahe doppelt so hoch eingeschätzt wie für Personen mit höherem sozioökonomischen Status. Dohrenwend (2000) argumentiert, dass Depressionen als eine Folge von sozialen Einflüssen angesehen werden können. Er fasst die Einflussstrukturen zwischen Lebensereig-

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_5,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

nissen, individuellen Vulnerabilitäten und protektiven Faktoren in einem Modell psychischer Störungen zusammen (Dohrenwend, 2000, S. 15), wonach soziale Faktoren für das Auftreten, den Verlauf und spezifische Ausprägungen psychischer Erkrankungen verantwortlich sind (Cruwys et al., 2014, S. 215; Dohrenwend, 2000, S. 15; Monroe, Slavich & Georgiades, 2009, S. 342).

Vor dem Hintergrund des Ansatzes zur sozialen Identität (Tajfel & Turner, 1979) leiten Cruwys, Haslam, Dingle, Haslam und Jetten (2014, S. 219) insgesamt sechs Hypothesen zu depressiven Störungen ab, von denen für die vorliegende Untersuchung insbesondere drei relevant erscheinen. Diese thematisieren die im Zusammenhang mit dem Werther-Effekt angesprochenen Identifikationsprozesse im medialen Kontext (Hypothese: Die Identifikation mit bedeutsamen sozialen Gruppen verringert den Schweregrad einer Depression), den Einfluss sozialer Zugehörigkeit (Hypothese: Der positive Einfluss von sozialer Zugehörigkeit entfaltet sich in Abhängigkeit subjektiver bzw. gruppenspezifischer Normen) und dem Primat subjektiver Vorstellungen im Zusammenhang mit Depressionen (Hypothese: Subjektive Vorstellungen von sozialen Beziehungen sind bessere Prädiktoren von Depressionen als objektive Indikatoren). Demnach dürfte die Identifikation mit relevanten sozialen Gruppen und deren sozialen Norm- und Wertvorstellungen nicht nur die Depression abmildern, sondern auch dazu beitragen, die subjektive Wahrnehmung positiv zu verändern und damit die Suizidgefahr zu reduzieren. Diese Vorstellung deckt sich mit der Auffassung, dass Depressionen grundsätzlich durch soziale Faktoren beeinflusst werden können, und zeigt auf, wie mediale Einflüsse abhängig vom Schweregrad der Depression auf die Suizidalität einwirken können.

Die wichtigsten Einflussvariablen und Mechanismen, die grundsätzlich die Interaktion von Medien und Depression bedingen (vgl. Primack, Swanier, Georgiopoulos, Land & Fine, 2009) und sich dadurch für die Erklärung individueller Suizidalität eignen, sollen nun aufgezeigt werden. Die Darstellung folgt der Aufteilung von Böhm (09.02.2012, S. 50–58), die diese nach internen (Persönlichkeitseigenschaften, kognitive Schemata, Coping-Strategien) und externen Faktoren (soziales Umfeld, Lebensereignisse) für Depressionen unterscheidet.

Persönlichkeitseigenschaften und negativer Attributionsstil

Persönlichkeitseigenschaften (u.a. Neurotizismus, Perfektionismus) erwiesen sich empirisch als Prädiktoren von Depression (Kercher, Rapee & Schniering, 2009; Nepon, Flett, Hewitt & Molnar, 2011; Uliaszek et al., 2010), die auch im medialen Kontext relevant sind (Ferguson, Colwell, Mlačić, Milas & Mikloušić, 2011). Die zeitlich stabilen Persönlichkeitseigenschaften sind ferner mit Suizidalität assoziiert (Blüml et al., 2013) und können zusammen mit Depressionen sowohl Kognitionen

als auch Emotionen beeinflussen (Klein et al., 2011). Ein wichtiger Faktor, der für das Aufrechterhalten von Depressionen verantwortlich gemacht wird, ist die Tendenz Depressiver, negative Ereignisse internal, stabil und global (Seligman et al., 1988, S. 13) einzuschätzen (negativer Attributionsstil). Diese negativen Ursachenzuschreibungen werden mit verstärkt beobachtbaren depressiven Symptomen in Verbindung gebracht (Abramson et al., 1989). Chang und Sanna (2001) sehen darin eine Parallele zu perfektionistischen Denkmustern und schlussfolgern, dass Perfektionismus alleine, aber auch zusammen mit negativen Attributionsstilen zu Depressionen führen kann. Diese Vorstellung beruht auf den Annahmen der Hoffnungslosigkeitstheorie (Abramson et al., 1989). Demnach ist die Ursache für Depressionen ein Zustand der Hoffnungs- bzw. Hilflosigkeit, der sich aus der Erwartung ergibt, dass positive Ereignisse im Gegensatz zu negativen Ereignissen nicht eintreten werden und die Person selbst auch keinen Einfluss darauf hat. Medien können das Gefühl der Hilflosigkeit bestärken, indem sie Modelle zeigen, die keine Kontrolle über negative Lebensereignisse haben. Modelle, die über Kontrolle in ihrem Leben verfügen, können dagegen positiv wirken.

Kognitive Schemata

Negative kognitive Schemata sind ein wichtiges Symptom für Depressionen und wurden daher bereits in dieser Arbeit besprochen (vgl. Kognitionsmodelle der Depression in Kapitel 2.2.4). Im Zusammenhang mit Medien können diese Schemata beispielsweise dazu beitragen, mediale Darstellungen anderer Personen oder Ereignisse negativ verzerrt wahrzunehmen und falsch zu interpretieren. Dies kann im Rahmen von Vergleichsprozessen mit Medienfiguren maladaptiv sein und damit zu einer höheren individuellen Suizidalität beitragen. Wood, Taylor und Lichtman (1985) weisen in diesem Kontext auf die Gefahr des sogenannten „Super-Copings“ hin, bei dem es um den Vergleich mit Medienfiguren geht, die Probleme besonders gut meistern, sogenannte „Super-Coper“. Die Studie geht davon aus, dass gerade Personen, die in ihrem persönlichen Umfeld keine adäquate Vergleichsperson kennen, stattdessen Medienfiguren für soziale Vergleiche heranziehen, obwohl diese ein Idealbild verkörpern, dem ein Vergleich mit den eigenen Fähigkeiten nicht standhält. Gerade für sozial zurückgezogene, depressive Menschen erscheinen diese Überlegungen relevant. Die sozialen Vergleiche können sich negativ auf den Selbstwert auswirken (Wood et al., 1985, S. 1175) und somit dazu beitragen, dass Depressionen aufrechterhalten bleiben. Negative kognitive Schemata im Rahmen von Depressionen können außerdem bewirken, dass Vergleichsprozesse im Ergebnis noch selbstwertabträglicher ausfallen. Allerdings zeigt die Studie auch, dass das „Ausweichen“ auf Medienfiguren für Vergleichsprozesse insgesamt nur eine untergeordnete Rolle spielt (Wood et al., 1985, S. 1179). Gleichwohl waren in der Studie

Brustkrebspatientinnen, die häufigen Kontakt mit krebsbezogenen Medieninhalten hatten (Wood et al., 1985, S. 1172), häufiger der Meinung, dass sie mit ihrer Krankheit schlecht umgehen ($r = -.26$, $p < .03$; Wood et al., 1985, S. 1175). Dieser Befund lässt einerseits den Schluss zu, dass Personen, die nur schlecht mit einem Problem umgehen können, verstärkt entsprechende Medieninhalte konsumieren. Andererseits zeigt dies, dass tatsächlich die Medieninhalte für die negativeren Selbsteinschätzungen verantwortlich sind.[52] Neben negativen kognitiven Schemata können auch weitere Verzerrungen die Aufmerksamkeit, Verarbeitung und Erinnerung von Medienbotschaften durch Depressionen beeinflussen (vgl. ausführlich Everaert et al., 2012).[53]

Coping-Strategien/Problemlösungsstrategien

Coping-Strategien können als Moderator des Effekts von Umwelteinflüssen auf Depressionen betrachtet werden. Da Coping-Strategien auch als wichtiger Faktor bei der Erklärung von Suizidalität gelten, bilden sie gleichzeitig eine Brücke zwischen Depressionen, Medien und Suizidalität (vgl. Kapitel 2.1.2). Dabei spielt die Wahrnehmung und Bewertung eines Stressors aus der Umwelt die entscheidende Rolle (Böhm, 2012, S. 57). Je nachdem wie diese Einschätzungen ausfallen, werden verschiedene Problemlösungen angewendet. Thompson et al. (2010) unterscheiden grundsätzlich zwischen adaptiven und maladaptiven Formen im Umgang mit Umweltstressoren. Zu den maladaptiven Coping-Formen im Zusammenhang mit Depressionen zählen (Thompson et al., 2010, S. 459) ruminatives Denken, das Gefühl der Gefühllosigkeit oder negative Attributionsstile. Diese sind oftmals mit erhöhtem Stress und depressiven Symptomen assoziiert. Im Zusammenhang mit Depressionen gilt dementsprechend die positive Restrukturierung von Gedanken als adaptive Coping-Strategie (Thompson et al., 2010, S. 460). Coping wird auch im Umgang mit problematischen Medieninhalten diskutiert (vgl. Till et al., 2011). Wirth und Schramm (2007, S. 172–174) nennen beispielsweise fünf verschiedene Coping-Strategien im Umgang mit Medieninhalten, die zwischen der Zu- und Abwendung von einem Medieninhalt (z.B. *zuwendend*: Rationalisierung des Gesehenen oder dessen Banalisierung; *abwendend*: Aufmerksamkeitsverschiebung, Abschalten/Weg-

---

52 Einen besonderen Stellenwert können auch „normale“ Menschen in den Medien einnehmen, die sehr gut mit (Teilen) ihrer Einschränkung (z.B. einer Krankheit) umgehen und dadurch gewissermaßen zu den alltäglichen Super-Copern werden. Diese können unter Umständen weniger stark ausgeblendet werden als prominente Super-Coper, weil sie den Rezipienten ähnlicher sind.

53 Die Diskussion kognitiver Verzerrungen im Zusammenhang mit Depressionen steht im Gegensatz zur Hypothese des „Depressive Realism“ (Alloy & Abramson, 1979), wonach Depressive unter Laborbedingungen realistischere Einschätzungen abgeben als nicht-depressive Personen. Diese Hypothese gilt aufgrund ihrer starken Kontextabhängigkeit als umstritten (vgl. Msetfi, Murphy, Simpson & Kornbrot, 2005; Pacini, Muir & Epstein, 1998, S. 1056).

schalten) und der dabei kognitiven bzw. nicht-kognitiven Steuerung des Verhaltens differenzieren (z.B. *kognitiv*: Rationalisierung des Gesehenen oder dessen Banalisierung, Aufmerksamkeitsverschiebung; *nicht-kognitiv*: Ton leiser stellen, Wegschauen/Abschalten). Als fünfte Strategie nennen die Autoren die Suppression von Emotionen und anderen Reaktionen auf den Medieninhalt (vgl. Lee, 2013, S. 15–16. Lee (2013) zeigt, dass abwendende Coping-Strategien über ein Jahr hinweg negative Auswirkungen auf Depressionen haben können. Beasley, Thompson und Davidson (2003, S. 92–93) fassen emotionsbezogene Coping-Strategien als abwendende Coping-Strategien auf und liefern einen grundsätzlich Beleg dafür, dass diese negative Auswirkungen auf das gemessene Stressniveau der Befragten haben, während gleichzeitig positive Auswirkungen auf somatische Symptome zu beobachten waren. Die Studie von Till et al. (2011, S. 156) belegt für Spielfilme mit Suizidbezug keine deutlichen Zusammenhänge zwischen verschiedenen Coping-Strategien und verschiedenen Rezeptionsmotiven. Tendenziell präferieren Personen die soziale Unterstützung zur Problemlösung umso mehr, je stärker sie Vergleiche mit Medienpersonen bei der Rezeption anstellen, um festzustellen, wie die Medienperson mit Problemen umgeht ($r = .26$, $p < .01$). Die empirischen Hinweise deuten darauf hin, dass verschiedene Coping-Strategien im medialen Kontext die Psychopathologie der Rezipienten beeinflussen, die sich wiederum auf die Verarbeitung bestimmter Medieninhalte und damit auf die individuelle Suizidalität der Rezipienten auswirken können.

Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld übt als externer Faktor einen wichtigen Einfluss auf die Entstehung von Depressionen aus (Gottlieb, Waitzkin & Miranda, 2011; Monroe et al., 2009; Sacco & Vaughan, 2006). Für den Krankheitsverlauf einer Depression spielt Kommunikation eine wichtige Rolle. Segrin (1990) begreift Depressionen als Folge von Defiziten im Bereich der sozialen Fähigkeiten. Depressionen erschweren es demnach, positive Verstärkungen aus dem sozialen Umfeld zu erfahren. Segrin (1990, S. 303–304) zeigt anhand einer Meta-Analyse von 51 identifizierten Studien, dass sich solche sozialen Defizite tatsächlich im Rahmen von Depressionen beobachten lassen, obwohl der Zusammenhang als nur „mäßig stark“ beschrieben wird und sich keine Rückschlüsse auf die Kausalitätsrichtung ableiten lassen.[54] Anhand der Studie können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob Depressionen zu Defiziten im sozialen Umgang führen (u.a. weniger sprechen, niedrigeres Aktivitätsniveau, höhere Antwortlatenzzeiten; Segrin, 1990, S. 301) oder umgekehrt

[54] Als wichtigen Moderator dieses Einflusses identifiziert Segrin (1990) die Erhebungsmethode für die Erfassung von Depressionen (Selbstauskunfts- vs. Fremdauskunftsverfahren).

soziale Defizite Depressionen begünstigen. Diese Forschungslücke schließen unter anderem Cacioppo, Fowler und Christakis (2009) sowie Cacioppo, Hawkley und Thisted (2010), die zeigen, dass etwa soziale Isolation Depressionen im Zeitverlauf gut vorhersagt. Zu den wichtigsten Einflüssen zählen neben der sozialen Anbindung an Mitmenschen unter anderem die im familiären Umfeld sozialisierten Werte und Normen. Diese tragen dazu bei, dass sich auch im weiteren Lebensverlauf im Freundes- und Bekanntenkreis ähnliche Vorstellungen wiederfinden (Rosenquist et al., 2010; vgl. die Homophilie-Hypothese in Kapitel 3.3.5). Einen wichtigen Beitrag zur Herausbildung depressiver Erkrankungen leistet der Erziehungsstil, insbesondere wenn es in der Erziehung (z.B. durch depressive Eltern) etwa an positiver Verstärkung mangelt (Goodman & Brand, 2009, S. 262; Schwartz, Sheeber, Dudgeon & Allen, 2012, S. 450). Auch der Verlust wichtiger Bezugspersonen, eine instabile Beziehung zu den eigenen Eltern sowie emotionale Vernachlässigung oder ein Mangel an emotionalen positiven Beziehungen kann dazu beitragen, dass sich Depressionen im Laufe der Zeit entwickeln, bestehende Depressionen aufrechterhalten bleiben oder rezidivieren (vgl. das detailliertere Modell (Dohrenwend, 2000, S. 14).

Diese Faktoren können im Medienkontext dann relevant sein, wenn etwa durch (negative) Berichterstattung Zukunftsängste ausgelöst oder gefördert bzw. dysfunktionale Beziehungsschemata bei den Rezipienten aktiviert werden. Durch soziale Vergleiche mit Medienfiguren können Personen mit depressiver Vulnerabilität außerdem verstärkt Leistungsdruck verspüren, sich zu verändern bzw. anders zu sein. Zusammen mit geringem Selbstwert können soziale Vergleiche dann regelmäßig zu Ungunsten Depressiver ausfallen, woraus sich wiederum selbstwertabträgliche Folgen ergeben. Andererseits können positive oder prosoziale Medieninhalte auch dazu führen, dass Zukunftsängste gemindert werden oder durch die Darstellung funktionierender zwischenmenschlicher Beziehungen sogar dysfunktionale kognitive Schemata modifiziert werden. Nach der Vorstellung der sozialkognitiven Theorie Banduras können positive Verstärkungen (Belohnungen) auch medial vermittelt werden, beispielsweise indem depressive Verhaltensweisen (z.B. Rumination, negatives Denken, Übergeneralisierungen) in den Medien bestraft werden oder etwa das Überwinden einer Depression belohnt wird. An dieser Stelle eröffnet sich ferner die Diskussion über die negativen Folgen der Stigmatisierung (z.B. soziale Distanz) (vgl. Reavley & Jorm, 2014) depressiver Personen in den Medien (Boudry, 2008; Klin & Lemish, 2008; Signorielli, 1989) und die Möglichkeiten, mit diesen umzugehen (Clement et al., 2013; Corrigan, 1998, S. 213; Corrigan, Kerr & Knudsen, 2005; Rüsch et al., 2005, S. 533).

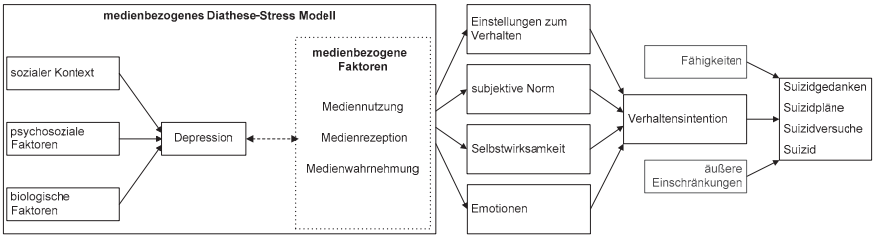
Lebensereignisse

Zahlreiche Studien belegen, dass depressiven Erkrankungen oftmals negative Lebensereignisse vorausgehen (Keller et al., 2007; Kendler et al., 1999; Paykel, 2003), die auch mit erhöhter Suizidalität einhergehen können (Crane et al., 2007; Rowe, Walker, Britton & Hirsch, 2013; Yang & Clum, 1994). Hardt und Johnson (2010) unterscheiden zwischen minoren und majoren negativen Lebensereignissen und zeigen, dass der Einfluss minorer negativer Lebensereignisse auf die Suizidalität bei Jugendlichen über den Depressionsgrad vermittelt wird. Im Zusammenhang mit der Nutzung von Medien belegen beispielsweise Tahlier, Miron und Rauscher (2013), dass Menschen im Kontext ungelöster trauriger Lebensereignisse bewusst dazu tendieren, fröhlichere Musik auszuwählen als Menschen, die mit bereits gelösten traurigen Ereignissen konfrontiert waren. Ebenso stellen Anderson, Collins, Schmitt und Jacobvitz (1996) für die Fernsehnutzung fest, dass negative Lebensereignisse zwar nicht mit dem Umfang der Fernsehnutzung korrelieren, allerdings die Nutzung stimmungsaufhellender Formate (mehr Comedy-Sendungen, weniger Nachrichten) entsprechend der Mood-Management-Hypothese (Zillmann, 1988b, 1988a, 2000) zunimmt. Knobloch-Westerwick (2007, S. 90) und Anderson, Collins, Schmitt und Jacobvitz (1996) finden zudem Geschlechterdifferenzen hinsichtlich der Genres, die zur Stimmungsregulierung präferiert werden. So nutzen Männer beispielsweise verstärkt Horror-Filme, Action- oder gewalthaltige Programme sowie Sportsendungen, während Frauen vor allem Daily Soaps, romantische Inhalte, Game-Shows und vermischte Formate bevorzugen. Angesichts dieser Befunde erscheint es daher plausibel anzunehmen, dass die Zuwendung zu verschiedenen Medieninhalten die Auswirkungen negativer Lebensereignisse auf den individuellen Depressionsgrad bzw. die Suizidalität abzufedern vermögen.

5.2 Gesamtmodell zum Zusammenwirken von Depression, Medien und Suizidalität

Einen Vorschlag zur Integration der bisherigen theoretischen Überlegungen, die grundsätzlich zur Erklärung von Nachahmungssuiziden dienen können (vgl. Kapitel 3), liefern Fishbein und Cappella (2006) in Form eines integrativen Modells, das zentrale Komponenten der sozialkognitiven Theorie Banduras, des „Health Belief Model“ und der „Theory of Reasoned Action“ miteinander verknüpft (Rice & Atkin, 2009, S. 442). Die Modellvorstellung bildet gleichzeitig die Grundlage für das Gesamtmodell, das der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegt (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15. Gesamtmodell zur Wirkung von Suiziddarstellungen in den Medien



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Übertragen auf die vorliegende Untersuchung beruhen dem Modell zufolge suizidale Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und Suizide) auf der starken Intention, diese auszuführen. Diese Vorstellung deckt sich mit der begrifflichen Differenzierung von Suizidalität (vgl. Abbildung 2). Dafür sind je nach Suizidmethode spezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten erforderlich, womit sich beispielsweise geschlechter- oder altersspezifische Unterschiede der Suizidmethoden erklären lassen. Die Ausübung des Verhaltens ist ferner abhängig von umweltbezogenen Einschränkungen, wie beispielsweise den Waffengesetzen in einem Land oder die zu einem Zeitpunkt verfügbare Menge bestimmter Medikamente. Diese Einflüsse sollen hier allerdings ausgeblendet bleiben. Liegt beispielsweise der ausgeprägte Wunsch zu sterben vor und sind entsprechende Vorbereitungen für einen Suizid getroffen, wofür wiederum alle notwendigen Fähigkeiten vorhanden sind und keine äußeren Einschränkungen existieren, kann man dem Modell zufolge von einer hohen Wahrscheinlichkeit für einen Suizid ausgehen. Die Suizidintention hängt wiederum von individuellen Einstellungen gegenüber Suiziden, von wahrgenommenen Normen in Bezug auf suizidales Verhalten und von der Selbstwirksamkeitserwartung ab, einen Suizid zu begehen bzw. das entsprechende Verhalten kontrollieren zu können (wahrgenommene Verhaltenskontrolle; vgl. Kapitel 3.3.5). Diese Einflussgrößen können in der Modellvorstellung von Fishbein und Cappella (2006, S. S3) wiederum von individuellen Prädispositionen abhängen. Außerdem kann der Einfluss von Verhaltenseinstellungen bei der Erklärung suizidalen Verhaltens stärker sein als der Einfluss von Selbstwirksamkeitserwartungen etwa bei Kampagnen gegen das Rauchen. Normvorstellungen, aus denen sich subjektive Normen ableiten, können darüber hinaus zwischen Kulturkreisen oder Religionen variieren und unterscheiden sich in der Regel auch zwischen den Geschlechtern und in verschiedenen Altersgruppen. Je nachdem wie die individuellen Vorstellungen von suizidalem Verhalten, die damit verbundenen Normvorstellungen und der Glaube an die Umsetzung des Verhaltens ausgeprägt sind, werden suizidale Verhaltensweisen

mehr oder weniger wahrscheinlich in die Tat umgesetzt.[55] Dabei kann auch die Wahrnehmung anderer eine Rolle spielen (Fishbein & Cappella, 2006, S. S3). So beeinflusst die Vorstellung davon, wie andere in einer bestimmten Situation handeln würden, das eigene Verhalten ebenso wie wahrgenommene Erwartungen von außen an die eigene Person oder Verhaltensnormen, die den sozialen Druck erhöhen. Diese Vorstellungen bestimmen also mit darüber, welche Medieninhalte suizidale Verhaltensweisen beeinflussen. Mediatoren im Gesamtmodell, wie beispielsweise Normvorstellungen, können die Funktion von Verhaltensdisinhibitoren ausüben (Cheng et al., 2014; Wheeler, 1966).

Schließlich existieren zahlreiche externe Faktoren, die suizidales Verhalten beeinflussen können. Wir teilen diese externen Faktoren wiederum auf in soziale, biopsychosoziale und medienbezogene Faktoren. Besonderes Augenmerk wird dabei neben weiteren Einflussfaktoren (z.B. früherem Verhalten, der Soziodemografie, grundlegenden Einstellungen gegenüber Suizid, der Persönlichkeit, längerfristigen Stimmungen und kurzfristigen Emotionen) auf Depressionen gelegt. Aber auch individuell unterschiedliche Merkmale wie die Problemlösungsfähigkeit, die Risiko- bzw. Realitätswahrnehmung, das soziale Netz oder individuell verspürte Hoffnungslosigkeit können zur Erklärung von Suizidalität im medialen Kontext beitragen. Diese Faktoren wirken sich auf die Medienzuwendung (Mediennutzung, -rezeption, -wahrnehmung) aus, die grundsätzlich auf die biopsychosozialen Faktoren zurückwirken kann (vgl. das zugrunde liegende Medienwirkungsverständnis aus Abbildung 13).

Der entscheidende Punkt ist dabei, dass die externen Faktoren mit suizidalen Verhaltensweisen, den darauf bezogenen Normvorstellungen und Kontrollerwartungen verbunden sein müssen, um diese vorhersagen zu können. Das Modell zeigt, wie Medieneinflüsse in Bezug auf verhaltensrelevante Einstellungen bzw. Vorstellungen von den Konsequenzen des Verhaltens wirksam werden können.[56] Dies schließt grundsätzlich auch Priming-Effekte durch die Medien ein, wenn beispielsweise bestimmte gesellschaftliche Normen zu einem Verhalten durch entsprechende Medienberichte wieder ins Gedächtnis gerufen werden (Fishbein & Cappella, 2006, S. S13). Dazu können auch individuelle Prädispositionen wie Depressionen beitra-

---

55 Kultivierungseffekte können sich auf die Herausbildung subjektiver Normvorstellungen auswirken (Gutschoven & van den Bulck, 2005, S. 384; Levine & Harrison, 2009, S. 495). Levine und Harrison (2009, S. 496) zufolge kommt Internalisierungsprozessen eine entscheidende Bedeutung zu. Sie werden durch zwei Bedingungen begünstigt: einerseits eine Aufmerksamkeit gegenüber bestimmten Medienbotschaften und andererseits ein von Rezipienten wahrgenommener bzw. durch die Medien vermittelter Druck, die dargestellte Medien-Realität im eigenen Leben umzusetzen.

56 Fishbein und Cappella (2006, S. S2) unterscheiden zwischen den *Vorstellungen* vom eigenen Verhalten, von Normen und der Kontrollierbarkeit des eigenen Verhaltens sowie den tatsächlich im Sinne des Modells wirksamen Einstellungen, Normen und der Selbstwirksamkeit. Diese Differenzierung wird aus Gründen der Übersichtlichkeit und im Interesse eines überschaubaren theoretischen Mehrwerts der vorliegenden Arbeit nicht übernommen.

gen, die dazu führen, dass beispielsweise negative kognitive Strukturen leichter verfügbar sind und dementsprechend zukünftiges Verhalten stärker prägen als bei Personen ohne Depressionen. Die Nachahmung einer Handlung wird umso wahrscheinlicher, je glaubwürdiger das Rollenvorbild („role model") ist, das ein ausdrücklich intendiertes Verhalten zeigt und das dafür außerdem angemessene (positive oder negative) Rückmeldungen („reinforcements") bekommt (Rice & Atkin, 2009, S. 441). Massenmedien können die Vorstellungen, Ideale, Einstellungen und Verhaltensweisen nicht nur beeinflussen, indem sie ein bestimmtes Bild von Suiziden und psychischen Erkrankungen vermitteln, sondern auch indem sie einen Überblick über zu erwartende „Belohnungen" für Verhalten ermöglichen, und zwar selbst dann, wenn es gar nicht zu einer verstärkenden Mediennutzung kommt (z. B. durch Anschlusskommunikation über die Mediennutzung; Levine & Harrison, 2009, S. 497). Auch die wahrgenommene Reichweite der Medien kann die zugeschriebene Relevanz einer Medienbotschaft verstärken (vgl. sozialer Druck). Im Falle von Essstörungen zeigt beispielsweise Park (2005), dass eine höher wahrgenommene Reichweite von Medienberichten über das ideale Körperschema mit einem höher wahrgenommenen Einfluss auf andere Mediennutzer einhergeht, woraus sich letztlich ein größerer wahrgenommener Einfluss der Medienbotschaften auf die eigene Person speist, der sich empirisch auf die eigenen Vorstellungen vom idealen Körpergewicht auswirkt (Park, 2005).

Der wahrscheinlich bisher am wenigsten erforschte Bereich sind die Zusammenhänge zwischen Depressionen und Medienzuwendung. Grundsätzliche Zusammenhänge zwischen depressiven Erkrankungen und Mediennutzungsverhalten lassen sich aus verschiedenen empirischen Arbeiten zwar ableiten (Primack et al., 2009; te Wildt, B. T., 2004), detaillierte Einflussstrukturen zwischen der Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung im Zusammenhang mit Suizidalität wurden allerdings bisher nicht umfassend geprüft.

6 Forschungsfragen

Ausgangspunkt des Forschungsprojekts war es, eine theoretische und empirische Neuausrichtung der Forschung zu den Zusammenhängen zwischen Medien und Suizidalität anzustoßen. Zu diesem Zweck wurde der Forschungsstand zum Werther-Effekt (vgl. Kapitel 1.1) zunächst den fünf zentralen Defiziten des Forschungsfeldes gegenübergestellt (vgl. Kapitel 1.2). Ein wichtiger Schritt, um diese Defizite zu beheben, ist die Aktualisierung des Verständnisses von Suizidalität und der Krankheit Depression – den zentralen Größen dieses Forschungsprojekts. Der nächste Schritt bestand folglich darin, anhand der aktuellen Forschungsliteratur verschiedener Disziplinen das Begriffsverständnis von Suizidalität und Depressionen aus dem bisherigen Korsett der Medienwirkungsforschung zu befreien (vgl. Kapitel 2). Dieses breitere Begriffsverständnis verdeutlicht unter anderem die vielfältigen Schnittstellen und Parallelen zu kommunikationswissenschaftlichen Konzepten und Medienwirkungsvorstellungen und schafft damit neuen Raum für Ideen und Fragestellungen zukünftiger Forschungsbemühungen. Besonders deutlich erkennbar sind diese konzeptionellen Ähnlichkeiten im Hinblick auf die Modellvorstellungen zur Suizidalität (vgl. Kapitel 2.1.2) und zur Krankheit Depression (vgl. Kapitel 2.2.4). Dabei ist es vor allem theoretisch-konzeptionell wichtig, auf die enge Verbindung von Suizidalität und Depressionen hinzuweisen (vgl. Kapitel 2.3), die ein besonders gravierendes Forschungsdefizit darstellt. Die theoretischen Erklärungsansätze zur Wirkung von Medien auf die Suizidalität (vgl. Kapitel 3) zeichnen ein differenziertes Bild der bisher üblichen Erklärungsmechanismen des Werther-Effekts. Die theoretische Weiterentwicklung besteht unter anderem darin, das Wissen über Depressionen als eine affektive Störung im Medienkontext darin zu integrieren. Ansatzpunkte hierfür liefert Kapitel 4, in dem die Verbindungslinien zur Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung skizziert wurden. Die bis dahin gewonnenen Erkenntnisse wurden im Rahmen eines integrativen, interdisziplinär gültigen Modells verdichtet, das die Zusammenhänge von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf der einen sowie suizidalen Verhaltensweisen und ihren Prädispositionen (wie Depressionen) auf der anderen Seite abbildet (vgl. Kapitel 5, speziell Abbildung 15). Damit ist der erste Schritt des Forschungsvorhabens abgeschlossen.

Der zweite Schritt besteht darin, zentrale Annahmen dieses Modells empirisch zu überprüfen. Für die aussagekräftige Abbildung der Zusammenhänge zwischen De-

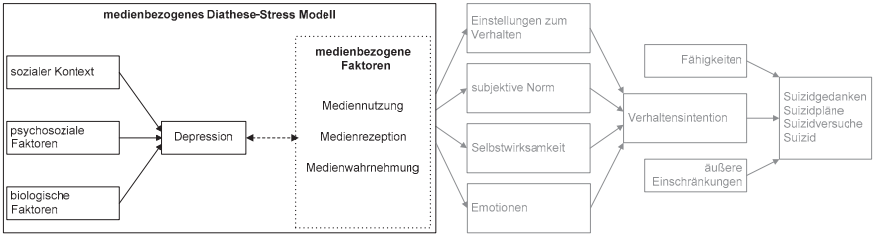
S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_6,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

pressionen, Medien und Suizidalität in Deutschland wurde eine repräsentative Bevölkerungsbefragung (CATI) realisiert. Um Hinweise auf die Richtung solcher Zusammenhänge zu erhalten, wurde flankierend eine zweiwellige Online-Panelbefragung durchgeführt, deren Stichprobe nicht bevölkerungsrepräsentativ ist, allerdings mit der Bestrebung rekrutiert wurde, hinsichtlich Geschlecht, Alter und Bildung möglichst heterogen zu sein. Die Daten aus beiden Erhebungen bilden die Grundlage für den folgenden empirischen Teil der Untersuchung. Anhand der Stichproben sollen Zusammenhänge zwischen Mustern der individuellen Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung sowie Depressivität und suizidalen Verhaltensweisen, einschließlich der sie beeinflussenden biologischen und psychosozialen Faktoren, untersucht werden. Dabei werden unter dem Begriff „Mediennutzung" (vgl. Schweiger, 2007) die Medienzuwendung selbst sowie (allgemeine) Motive dafür beschrieben, wobei der Rezipient im Vordergrund steht. Es geht also um die individuelle Nutzungsdauer und die Motive der Medienzuwendung (z.B. Stimmungsregulierung) sowie auch jeweils situationsabhängige Genrepräferenzen. Unter dem Begriff „Medienrezeption" (vgl. Bilandzic, 2006) spielen nicht nur Aspekte der Selektion sowie Selektionserklärungen von bestimmten Medieninhalten eine besondere Rolle, sondern vor allem das Rezeptionserleben während der Mediennutzung (wie z.B. parasoziale Beziehungen, Mood Management oder die Erinnerung an spezielle Medieninhalte). Unter dem Begriff „Medienwahrnehmung" wird die Wahrnehmung bestimmter Inhalte (oder deren Eigenschaften) in den Medien verstanden (wie z.B. die Wichtigkeit eines Themas oder generalisierte Medienwirkungsannahmen für andere Personen).

Die Forschung zu den Zusammenhängen zwischen Medien und Suizidalität lässt zum einen darauf schließen, dass biologische und psychosoziale Faktoren sowie (Tendenzen zu) Depressionen das Auftreten von suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen fördern (Anestis & Joiner, 2011; Cheng, Hawton, Chen, Yen, Chang et al., 2007; Haw et al., 2013; Hawton et al., 2013; Insel & Gould, 2008; Lester, 1994; McKenzie et al., 2005; Nanayakkara et al., 2013; Stack, 1992). Zum anderen ist zu vermuten, dass diese Zusammenhänge durch die individuelle *Mediennutzung* (z.B. genutzte Medien, Dauer der Mediennutzung, Zuwendungsmotive, Genrepräferenzen) (Cotten et al., 2012; Jelenchick, Eickhoff & Moreno, 2013; Moreno, Jelenchick, Koff & Eickhoff, 2012; Park, Hong, Park, Ha & Yoo, 2013; Perloff, Quarles & Drutz, 1983; Potts & Sanchez, 1994; Primack et al., 2011; Primack et al., 2009; Sanders, Field, Diego & Kaplan, 2000; Selfhout et al., 2009; Till et al., 2014), *Medienrezeption* (z.B. Intensität parasozialer Beziehungen, Identifikationsprozesse) (Till et al., 2011; Till, Vitouch, Herberth, Sonneck & Niederkrotenthaler, 2013) und *Wahrnehmung von Medieninhalten* (z.B. Intensität von Third-Person-Wahrnehmungen) (Konijn et al., 2009; Nguyen, Wittink, Murray & Barg, 2008; Scherr & Reinemann, 2011) beeinflusst werden können. Diese Wirkungszusammenhänge sind weiter abhängig von verschiedenen intraindividuellen Einflussvariablen. Im Zusammenhang mit

dem theoretischen Gesamtmodell (vgl. Abbildung 15) wurde dieser Ausschnitt als medienbezogenes Diathese-Stress-Modell bezeichnet, in dem es um die Einflüsse suizidrelevanter Prädispositionen auf die Mediennutzung, -rezeption und –wahrnehmung geht (*Themenkomplex 1*). Dieser ist in der nachstehenden Abbildung 16 nochmals hervorgehoben.

Abbildung 16. Themenkomplex 1: Einflüsse suizidrelevanter Prädispositionen auf Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Die ersten zentralen Forschungsfragen greifen also die Kritikpunkte am aktuellen Forschungsstand auf, wonach das Augenmerk der bisherigen Forschung vor allem auf suizidalen Medieninhalten (fiktional und non-fiktional) lag, aber Rezipienteneigenschaften und Rezeptionsphänomene vernachlässigt wurden. Der erste Themenkomplex umfasst insgesamt drei Forschungsfragen:

F1.1 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Mediennutzung, also z.B. auf die Art der genutzten Medien, die Dauer der Nutzung sowie spezifische Genrepräferenzen und Motive zu deren Nutzung?*

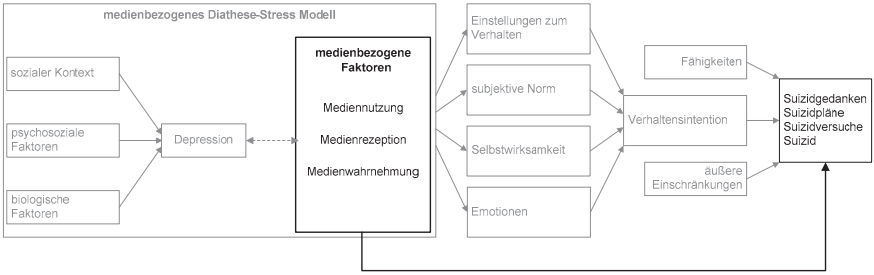
F1.2 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Medienrezeption, also z.B. auf die Intensität parasozialer Beziehungen, von Mood Management oder die Erinnerung an bestimmte Medieninhalte?*

F1.3 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Medienwahrnehmung, also z.B. auf die Intensität von Third-Person-Wahrnehmungen?*

Der zweite Themenkomplex der vorliegenden Untersuchung fokussiert die Einflussstrukturen zwischen dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell und der individuellen Suizidalität. Die theoretische Grundlage bilden dabei die zahlreichen Studienbefunde zu den Zusammenhängen von Medienzuwendung und Suizidalität (Chen, Chen & Yip, 2011; Cheng, Chen & Yip, 2011; Gould, Jamieson & Romer, 2003; Hagihara, Tarumi & Abe, 2007; Ju Ji, Young Lee, Seok Noh & Yip, 2014;

Niederkrotenthaler, Till, Kapusta et al., 2009; Niederkrotenthaler et al., 2010; Niederkrotenthaler, Fu et al., 2012; Phillips, 1974, Pirkis & Blood, 2010a, 2010b; Schmidtke & Häfner, 1986; Stack, 2005, 2009; Tousignant et al., 2005; Tsai, 2010; Ueda et al., 2014; Yang et al., 2013). Dabei wird das bisherige Forschungsdefizit des oftmals zu engen Begriffsverständnisses der abhängigen Variablen in Studien zum Werther-Effekt angegangen und gleichzeitig die Medienzuwendung breiter gefasst. In zahlreichen Arbeiten wurden vor allem vollendete Suizide als abhängige Untersuchungsgröße betrachtet und nicht-letale Formen von Suizidalität zumeist ausgeblendet (Ausnahmen sind unter anderem Biblarz et al., 1991; Fu et al., 2009; Pirkis & Nordentoft, 2011; Simkin et al., 1995). Oftmals spielt in diesen Arbeiten auch die tatsächliche Medienzuwendung überhaupt keine Rolle. Die Beziehungen zwischen einem breiter gefassten Verständnis von Medienhandeln auf der einen und Suizidalität (einschließlich nicht-letaler Formen) auf der anderen Seite soll nun in den Blick genommen werden. Im Gesamtmodell entspricht dies dem Ausschnitt, den die nachfolgende Abbildung 17 hervorhebt, und knüpft damit direkt an die Arbeiten auf dem Forschungsfeld an, die bislang zu den Ausnahmen zählen.

Abbildung 17. Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf letale und nicht-letale Formen von Suizidalität



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Der zweite Themenkomplex beschäftigt sich also mit der Kritik an dem zu engen Begriffsverständnis von Suizidalität, das den meisten Untersuchungen auf dem Forschungsfeld zugrunde liegt (vgl. Kapitel 1.2.1). Die Suizidologie versteht heute unter dem Begriff der Suizidalität ein breites Spektrum suizidaler Verhaltensweisen und Gedanken (vgl. Kapitel 2.1.1). Diese wurden bislang noch nicht systematisch mit einem differenzierten Verständnis der Medienzuwendung in Verbindung gebracht. Daher lauten die Forschungsfragen des zweiten Themenkomplexes:

F2.1 *Welchen Einfluss hat die individuelle Mediennutzung auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

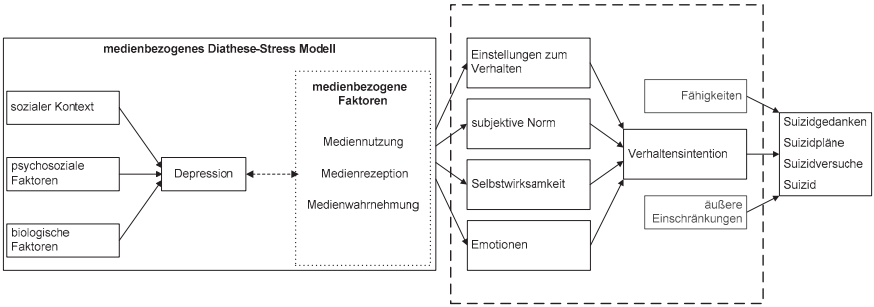
F2.2 *Welchen Einfluss hat die individuelle Medienrezeption auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

F2.3 *Welchen Einfluss hat die individuelle Medienwahrnehmung auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

Der dritte Themenkomplex fokussiert die modelltheoretischen Überlegungen aus Kapitel 5.2 insgesamt. Das medienbezogene Diathese-Stress-Modell (*Themenkomplex 1*) wird demnach zusammen mit dem breiten Verständnis von Suizidalität (*Themenkomplex 2*) mit individuellen Einflussvariablen in Verbindung gebracht, die auf handlungstheoretischen (Theory of Planned Behavior /TPB; Ajzen, 1991; Rossmann, 2011) und sozial-kognitiven Überlegungen im Medienkontext nach Bandura (Bandura, 1986, 2001) beruhen. Auf die zahlreichen Parallelen der beiden Ansätze wurde bereits hingewiesen (LaRose, 2009). Die Modelle erklären insbesondere die Prozesse bzw. die Bedingungen, die im Medienkontext dafür verantwortlich sind, dass suizidale Verhaltensweisen tatsächlich vollzogen werden oder dass Suizidgedanken oder -pläne entstehen. Zu den wichtigsten dieser Einflussvariablen zählen Einstellungen gegenüber suizidalen Verhaltensweisen, subjektive Normvorstellungen gegenüber Suiziden, die eigene wahrgenommene Selbstwirksamkeit, Emotionen, die durch Medienzuwendung entstehen, sowie eine daraus resultierende Intention zu suizidalen Verhaltensweisen.[57] Einen ersten Vorstoß in diese Richtung und erste empirische Analysen leisteten Fu, Chan und Yip (2009), die vor allem die Modellgrößen aus Banduras sozialkognitiver Theorie empirisch überprüften. Nachstehende Abbildung 18 präsentiert das theoretische Gesamtmodell, in dem diese Einflussvariablen markiert sind.

[57] Die (körperlichen) Fähigkeiten zur Ausführung suizidalen Verhaltens sowie äußere Einschränkungen für suizidales Verhalten (z.B. geltende Waffengesetze; Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten) wurden in diese Untersuchung nicht einbezogen, obwohl sie der Vollständigkeit halber im Modell enthalten sind.

Abbildung 18. Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Der dritte Themenkomplex widmet sich also dem gemeinsamen Einfluss von depressiven, biologischen bzw. psychosozialen Prädispositionen sowie verschiedenen Aspekten des Medienhandelns auf (nicht-letale) Formen von Suizidalität unter Berücksichtigung handlungstheoretisch relevanter Einflussvariablen. Die sich daraus ergebenden Forschungsfragen für den dritten Themenkomplex lauten:

F3.1 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Mediennutzung und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

F3.2 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Medienrezeption und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

F3.3 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Medienwahrnehmung und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

Hinter den genannten Forschungsfragen der drei Themenkomplexe stehen zwar konkretere Vermutungen, die sich aus anderen Untersuchungen und vor allem aus Tiefeninterviews mit Fachleuten und Patienten ergaben.[58] Diese flankierenden Gespräche erlaubten prinzipiell die Formulierung basaler Zusammenhangshypothesen, belastbare Hinweise auf komplexere Kombinationen verschiedener suizidrelevanter

[58] Projektbegleitend wurden leitfadengestützte Tiefeninterviews mit Psychotherapeuten, klinischen Psychologen und Psychiatern sowie mit stationär behandelten Patienten in der Psychiatrie über die Zusammenhänge zwischen Medienzuwendung, Depressionen und Suizidalität geführt.

Prädispositionen und deren Wirken auf das Medienhandeln und die individuelle Suizidalität liegen bisher allerdings noch nicht vor. Noch viel gravierender sind die Wissensdefizite für indirekte bzw. moderierte Effekte, die insbesondere im dritten Themenkomplex fokussiert werden (vgl. F3.1 - F3.3). Daher erscheint eine offene Herangehensweise sinnvoller. Die beschriebenen Kausalitätsrichtungen basieren überdies vor allem auf einer zeitlichen Reihenfolge der Untersuchungsgrößen (vgl. Krämer, 2013, S. 304) mit Depressionen als individuell prädisponierender Untersuchungsgröße. Angenommen wird also eine individuelle Prädisposition für Suizidalität (insb. Depressionen und damit assoziierte, individuelle Risikofaktoren), die mit einem spezifischen Mediennutzungsverhalten (beispielsweise mit dem Fokus auf spezielle Medieninhalte in besonderem Umfang) einhergeht, sowie eine spezifische Medienwahrnehmung (beispielsweise die negativ verzerrte Annahme weitgehend undifferenzierter bzw. übergeneralisierter Medienwirkungen bestimmter Inhalte auf andere Personen oder die eigene Person), aus der spezifische (suizidale) Gedanken und Verhaltensweisen resultieren können. Diese Prozesse können wiederum durch eine Reihe individueller Einflussgrößen, wie etwa Einstellungen gegenüber Suiziden, spezifische Normvorstellungen oder durch Medien ausgelöste Emotionen beeinflusst werden.

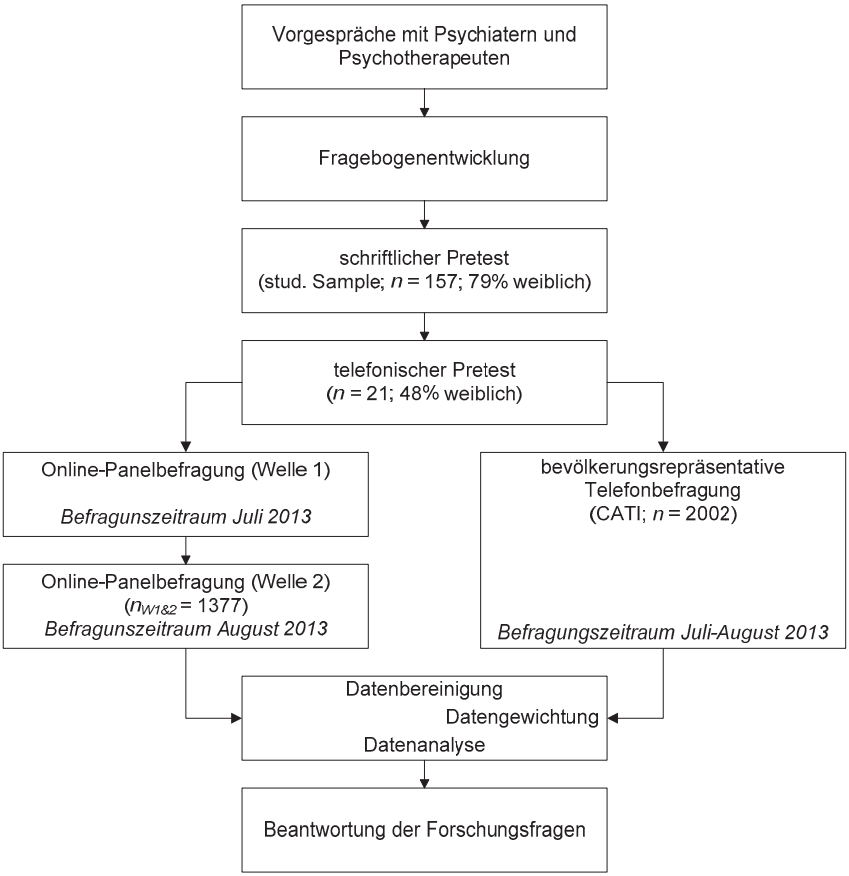
7 Methoden

Zur empirischen Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine von einem beauftragten Meinungsforschungsinstitut durchgeführte für die deutsche Gesamtbevölkerung repräsentative Telefonbefragung (CATI) vorgenommen. Die Finanzierung der Datenerhebung erfolgte im Rahmen des von der DFG geförderten Projekts „Jenseits des Werther-Effekts: Die Bedeutung von Medien im Kontext depressiver Erkrankungen und suizidalen Verhaltens". Die zur Verfügung stehenden Drittmittel haben eine solche umfangreiche Befragungsstudie zu Medien und psychischer Gesundheit ermöglicht. Über den Zeitraum der telefonischen Befragung wurde zudem eine zweiwellige Online-Panelbefragung anhand einer anderen, nicht-repräsentativen Stichprobe realisiert. Ziel des Untersuchungsdesigns war es, einerseits belastbare Aussagen über Zusammenhänge zwischen suizidrelevanten Prädispositionen, Medienhandeln und Suizidalität auf einer repräsentativen Datenbasis zu treffen und andererseits Anhaltspunkte über die Richtung dieser Zusammenhänge zu bekommen. Die gleichzeitige Datenerhebung sollte eine grundsätzlich gleiche Medienberichterstattung im Erhebungszeitraum sicherstellen. Das methodische Vorgehen im Rahmen der Untersuchung ist schematisch in Abbildung 19 dargestellt.

Um relevante Bereiche des Forschungsfeldes zu identifizieren, wurden zu Beginn der Untersuchung qualitative Interviews mit Experten für Depression bzw. Suizidalität geführt. Die aus diesen Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse flossen in die Entwicklung des Fragebogens ein. Dieser wurde anhand einer studentischen Stichprobe (n = 157) einem Pretest unterzogen und im Anschluss daran abermals modifiziert. Dasselbe Erhebungsinstrument kam anschließend zwischen Juli und August 2013 im Rahmen einer bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung (CATI; n = 2002) und einer zweiwelligen Online-Panelbefragung (vollständige Teilnahmen an beiden Befragungswellen n = 1377) zum Einsatz. In den folgenden Abschnitten wird genauer beschrieben, wie der Fragebogen aufgebaut war und welche inhaltlichen Konstrukte dabei erfasst wurden. Weiter wird die Bereinigung und Aufbereitung der Daten beschrieben sowie im Falle der repräsentativen Telefonbefragung auch auf die Gewichtung der Daten eingegangen. Damit schafft der Methodenteil die Grundlagen für eine transparente, intersubjektiv nachvollziehbare Beantwortung der aufgeworfenen neun Forschungsfragen aus den drei Themenkomplexen (vgl. Kapitel 6).

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_7,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Abbildung 19. Methodisches Vorgehen im Rahmen der Untersuchung



In den folgenden Abschnitten wird zunächst die Durchführung der repräsentativen Telefonbefragung dargestellt, die die Grundlage für die zweiwellige Online-Panelbefragung bildet. Letztere wird im Anschluss daran näher beleuchtet.

7.1 Bevölkerungsrepräsentative Telefonbefragung

7.1.1 Entwicklung und Struktur des Fragebogens

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde auf Basis von Leitfadengesprächen und der existierenden Literatur zu den skizzierten drei Themenkomplexen (vgl. Kapitel 6) ein Fragebogen entwickelt und dieser mehreren Pretests unterzogen. Darauf wurde nicht zuletzt aufgrund forschungsethischer Überlegungen großer Wert gelegt. Nach einem schriftlichen Pretest mit einer studentischen Stichprobe an der LMU München (n = 157; 79% weiblich) wurde der Fragebogen für die Telefonbefragung aufbereitet und von dem beauftragten Umfrageforschungsinstitut (Sozialwissenschaftliches Umfragezentrum GmbH, Duisburg) einem telefonischen Pretest unterzogen, bei dem auf eine heterogene Stichprobenzusammensetzung geachtet wurde (48% weiblich; Durchschnittsalter 57 Jahre (SD = 18 Jahre); 48% mit Hochschulreife). Die Anmerkungen aus den Pretests wurden im Rahmen mehrerer Überarbeitungsschritte eingepflegt. In die Modifikationen des Fragebogens (Löschung bzw. Ergänzung einzelner Items; Änderungen von Frage- bzw. Itemformulierungen; vornehmliche Verwendung alltagssprachlicher Begriffe wie z.B. „Selbstmord“ statt „Suizid“, vgl. dazu die Befunde von Omerov et al., 2013) flossen die Ergebnisse deskriptiver und korrelativer Analysen der Daten aus den Pretests mit ein. Die Feldversion des Erhebungsinstruments umfasste schließlich die nachfolgend besprochenen Fragenblöcke, die jeweils – sofern nicht anders angegeben – siebenstufig erhoben wurden, wobei höhere Antwortausprägungen stets eine stärkere Zustimmung ausdrücken (der vollständige Fragebogen ist auf Anfrage beim Autor erhältlich):

- *Themeninteresse*: Das Interesse für bestimmte Themen in den Medien wurde mithilfe von zwölf Items in Anlehnung an Blödorn, Gerhards und Klingler (2006, S. 636) erfasst (u.a. Politik, Sport, Medizin und Gesundheit, Kriminalität, Erotik; Cronbach’s α = .70).

- *Mediennutzungsmotive*: Die Wichtigkeit verschiedener Motive der Zuwendung zu Medien wurde mithilfe von neun Items nach Dehm und Storll (2003, S. 429) erfasst. In dieser Studie deckten die Items die Dimensionen Emotionalität, Orientierung, Ausgleich, Zeitvertreib und soziales Erleben ab. In der vorliegenden Studie werden die Items allerdings einzeln betrachtet, eine Indexbildung fand nicht statt. Der Reliabilitätskoeffizient für alle Items beträgt Cronbach’s α = .76.

- *Mediennutzungsdauer*: Die Frage nach der Nutzungsdauer verschiedener Medien wurde in Minutenangaben offen beantwortet. Als Referenzpunkt wurde ein durchschnittlicher Wochentag genannt. Abgefragt wurde die Nutzung von Tageszeitungen, Fernsehen, Zeitschriften und Wochenzeitungen, Büchern (gedruckt oder elektronisch), Radio (auch im Auto, im Bad, bei der Arbeit usw., kein Internetradio), Tonträgern mit Musik, Internet und Computerspielen. Im Falle der prinzipiellen Nutzung des Internets wurde mithilfe einer fünfstufigen Skala detaillierter nach der Nutzungshäufigkeit spezieller Anwendungen gefragt (u.a. „Foren mit gesundheitlichem Schwerpunkt oder Selbsthilfeforen" oder „soziale Netzwerke wie Facebook, Wer kennt wen?"). Sofern die Befragten soziale Netzwerke nutzten, wurden zudem die Motive zu deren Nutzung anhand dreier Items aus der Studie von Forest und Wood (2012) erfasst. Die Motive für die Nutzung von Selbsthilfeforen wurden anhand dreier selbst formulierter Items erhoben („Ich suche nach Informationen, die mir persönlich weiterhelfen." „Ich lese genauer in Beiträgen von anderen Nutzern, die ähnliche Probleme haben wie ich." „Manchmal denke ich mir, dass es in solchen Foren Leute gibt, denen es viel schlechter geht als mir.").

- *Genrepräferenzen*: Die Präferenzen für spezifische Genres im Fernsehen wurden mit insgesamt vierzehn Items nach Stark (2006) erhoben, die diese den drei Dimensionen Infotainment, Entertainment und Action/Thrill zugeordnet hat. Die Genre-Liste wurde u.a. aufgrund der Pretest-Ergebnisse an aktuelle Formate angepasst. Aufgrund der Experteninterviews wurde die Liste etwa noch um „erotische Sendungen oder Filme" ergänzt (vgl. für die Itemformulierungen Rössler, 2011, S. 25–26). Die Items wurden für die vorliegende Arbeit einzeln ausgewertet, eine Indexbildung fand nicht statt. Der Reliabilitätskoeffizient für alle Items beträgt Cronbach's $\alpha = .70$.

- *Intentionalität der Medienzuwendung*: Die Intentionalität des Mediennutzungsverhaltens wurde ebenfalls in Anlehnung an Stark (2006) erfasst. Den Rahmen der Frage bildet dabei die Tendenz, bestimmte Medieninhalte („eher ernste oder sogar traurige Inhalte" oder „eher heitere oder lustige Inhalte") im Falle trauriger Stimmung zu nutzen (siehe *Mood Management*). Die Intentionalität der Nutzung dieser Medieninhalte wurde darauf bezogen und dichotom abgefragt („Ich würde gezielt auswählen" oder „Ich schaue spontan").

- *Parasoziale Beziehung zu Medienfiguren*: Parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren wurden mithilfe von drei Fragen erfasst. Zuerst wurde dichotom erfasst, ob die Teilnehmer eine Medienperson bzw. -figur benennen können, die sie ganz besonders mögen. In einer zweiten Frage wurde offen nach dieser Medienper-

son bzw. -figur gefragt. Das Objekt der parasozialen Beziehung wurde direkt vom Interviewer kodiert (Ausprägungen: „Schauspieler oder Privatperson“, „erfundener Charakter (Schauspieler in einer Rolle, Serienfigur)“, „Moderator/Journalist“, „Politiker“ oder „sonstiges“). In einem dritten Schritt wurde die Qualität der parasozialen Beziehung anhand von vier Items nach Thallmair und Rössler (2001) erfasst (Cronbach's α = .82), die die beiden Dimensionen einer homophilen Beziehung („Meine Lieblingsperson und ich sind uns ähnlich.“) und der persönlichen Beziehung („Ich habe das Gefühl, als würde ich meine Lieblingsperson gut kennen.“) erfassen (vgl. für Itemformulierungen Rössler, 2011, S. 297–298).

- *Mood Management im Medienkontext*: Zur Erfassung des Mood Managements im Kontext der Medienzuwendung wurden mehrere aufeinander aufbauende Fragenblöcke formuliert (Medienzuwendung bei gedrückter Stimmung, Präferenz für bestimmtes Medium, Valenz präferierter Medieninhalte, spezifische Emotionsregulation). Sofern die Mediennutzung für die Befragten bei deprimierter Stimmung überhaupt eine Option darstellt, wurde das präferierte Medium offen erfragt und von den Interviewern direkt kodiert (Itemformulierungen wie bei Mediennutzungsdauer). Die Valenz der präferierten Inhalte wurde dichotom erfasst („eher ernste oder sogar traurige Inhalte“ oder „eher heitere oder lustige Inhalte“). Die spezifische Emotionsregulation wurde anhand von acht Items erfasst, deren Formulierungen sich an die Studie von Dillman Carpentier et al. (2008) anlehnen (Cronbach's α = .63). Dazu wurden explorativ Aussagen formuliert, die verschiedene Nutzungssituationen mit spezifischen emotionalen Intentionen verbinden. Die Formulierungen orientieren sich an den Defiziten der Emotionsregulation Depressiver: Rumination und Suppression. Die Tendenz zur Stimmungsverstärkung bei akuter negativer Emotionalität wurde mit den folgenden zwei Items gemessen: „Ich höre traurige Musik, die zu meiner Stimmung passt.“ und „Ich entscheide mich für einen traurigen Film, weil der am besten zu meiner Stimmung passt.“. Die zwei Aussagen: „Ich sehe mir einen lustigen Film an, um mich aufzuheitern.“ und „Ich höre fröhliche Musik, um meine Stimmung zu verbessern.“ bildeten die entgegengesetzte Strategie ab. Die eskapistische Strategie bzw. Emotionsunterdrückung wurde mit folgenden Items operationalisiert: „Ich schaue mir Sendungen an, die mich von meiner Traurigkeit ablenken.“, „Ich lese etwas, um mich abzulenken.“ und „Ich surfe im Internet, um auf andere Gedanken zu kommen.“. Die problemlösungsorientierte mediale Emotionsregulationsstrategie wurde mit der Aussage abgebildet: „Ich schalte Sendungen ein, in denen es um Menschen und ihre Probleme geht, weil ich dann sehen kann, wie andere damit umgehen.“.

- *Selbstwirksamkeit und Selbstwert*: Zur Erfassung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (*„self-efficacy"*) wurden drei Items der Skala nach Hinz, Schumacher, Albani, Schmid und Brähler (2006) verwendet, die bereits anhand einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe normiert wurden. Die Auswahl der Items beruhte auf deren Trennschärfe, Varianz und Ladung auf dem Gesamtfaktor. Diese Items lauteten „Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden.", „Schwierigkeiten sehe ich gelassen entgegen, weil ich meinen Fähigkeiten immer vertrauen kann.", „Wenn eine neue Sache auf mich zukommt, weiß ich, wie ich damit umgehen kann." (Cronbach's α = .66). Der Selbstwert (*„self-esteem"*) wurde anhand der etablierten Skala nach Collani und Herzberg (2003b) erhoben. Die Skala umfasst im Original zehn Items, die den beiden Dimensionen „self-liking" und „self-competence" zugeordnet werden können (vgl. kritisch dazu Collani & Herzberg, 2003a). Für die vorliegende Untersuchung wurde jede der beiden Subdimensionen mit jeweils drei Items auf einer zehnstufigen Antwortskala erhoben. Die Antworten wurden zu einem Summenindex zusammengefasst (Cronbach's α = .71).

- *Empathiefähigkeit*: Die Empathiefähigkeit umfasst in Anlehnung an Früh und Wünsch (2009, S. 202) zwei Dimensionen: Kognitive Empathie beschreibt die Fähigkeit, sich gedanklich in andere Menschen hineinzuversetzen (Perspektivenübernahme), während sich affektive Empathie auf das Nachempfinden der Gefühlswelt anderer bezieht. Kognitive Empathie wurde mit den invertierten Items „Ich finde es meistens sehr schwierig, die Dinge vom Standpunkt eines anderen Menschen zu sehen." und „Ich kann mich nicht sehr gut in andere Menschen hineinversetzen." (Cronbach's α = .57). Affektive Empathie wurde über das invertierte Item „Die meisten Probleme meiner Mitmenschen sind für mich Kleinigkeiten, für die ich eine schnelle Lösung hätte." operationalisiert.

- *Wohlbefinden*: Das Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen wurde anhand des WHO-5 Fragebogens zum Wohlbefinden (WHO, 1998) erfasst. Die Antwortskalierung wurde (abweichend von der Originalversion) den restlichen Fragen angepasst. Die Zustimmung zu den fünf Items erfolgte also siebenstufig. Der Vorspann zu den Items nannte den zeitlichen Bezugsrahmen von zwei Wochen und die Itemformulierungen lauteten: „… war ich froh und guter Laune", „… habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt", „… habe ich mich energisch und aktiv gefühlt", „… habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt", „… war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren". Das WHO-5 Inventar wurde bereits anhand einer repräsentativen Stichprobe für Deutschland normiert (Brähler, Mühlan, Albani & Schmidt, 2007). Die Reliabilität der Skala war akzeptabel (Cronbach's α = .77).

- *Einsamkeit*: Der Grad der empfundenen Einsamkeit wurde mit fünf Items aus der „UCLA Loneliness Skala“ nach Russell, Peplau und Cutrona (1980) gemessen. Die Auswahl entspricht den Items, die bereits bei Stepanikova, Nie und He (2010, S. 337) als Kurzinventar zur Erfassung von Einsamkeit im Medienkontext zum Einsatz kamen. Die Items wurden ins Deutsche übersetzt und (im Unterschied zur Originalversion) in Aussagesätze umformuliert. Als zeitlicher Referenzpunkt wurden erneut die vergangenen zwei Wochen genannt. Die Reliabilität der Skala war akzeptabel (Cronbach's $\alpha = .70$).

- *Reasons for Living*: Als (Dis-)Inhibitor für die individuelle Suizidalität wurde entsprechend den Studien von Linehan, Goodstein, Nielsen und Chiles (1983) sowie Osman et al. (1996) verschiedene Gründe für das Weiterleben erfasst. Insgesamt wurden vier Aussagen aus dem Kurzinventar für Jugendliche („Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents“; BRFL-A) übernommen und ins Deutsche übersetzt. Jedes der vier Items bildet dabei eine Subdimension der Skala ab, wie soziale und moralische Normvorstellungen, subjektive Einstellungen gegenüber dem Leben und Suiziden: Angst vor sozialer Ablehnung („Ich möchte nicht, dass andere denken, dass ich keine Kontrolle über mein Leben habe.“), moralische Bedenken („Meine religiösen Ansichten verbieten es mir, meinem Leben selbst ein Ende zu bereiten.“), Glaube an die eigene Fähigkeit zur Problembewältigung („Ich habe den Mut, mich meinem Leben zu stellen.“) und die Angst vor dem Tod durch Suizid („Ich habe Angst vor dem Tod.“). Erfasst wurde die jeweilige die Wichtigkeit dieser Aussagen.[59] Die Reliabilität der Skala war allerdings schlecht (Cronbach's $\alpha = .37$). Da das Reasons-for-Living-Inventar allerdings wichtige subjektive Einstellungen zum Leben einschließt, die aus völlig unterschiedlichen Richtungen Menschen davon abhalten können, sich das Leben zu nehmen, wurde der Index dennoch verwendet.

- *Vorurteile und Einstellungen gegenüber Suizidalität*: Die Zustimmung zu verschiedenen Vorurteilen und Einstellungen wurde anhand von insgesamt fünf Dimensionen erfasst (Vorurteile und die moralische Vertretbarkeit von Suizidalität). Die Vorurteile bzw. Laientheorien über Suizidalität umfassen insgesamt vier Dimensionen, die jeweils mit zwei Items nach Knight, Furnham und Lester (2000) formuliert wurden. Diese basieren auf dem „Suicide Opinion Questionnaire“ (SOQ) nach Domino, Moore, Westlake und Gibson (1982). Für die vor-

[59] Das BRFL-A-Inventar erfasst insgesamt fünf Subdimensionen mit insgesamt 14 Items. Die Dimension „Verantwortung gegenüber der Familie“ wurde im Hinblick auf den ohnehin großen Umfang des Erhebungsinstruments ausgeblendet, zumal dieser Aspekt im Zusammenhang mit anderen Skalen berücksichtigt ist.

liegende Darstellung sind nur die Dimensionen „ein Recht auf Suizid haben“ (Item-Formulierungen: „Menschen haben nicht das Recht, sich selbst das Leben zu nehmen.“ bzw. „sich selbst das Leben zu nehmen ist im Fall einer unheilbaren Krankheit gerechtfertigt.“) und „Suizidalität als Hilfeschrei“ von weiterer Bedeutung (Item-Formulierungen: „Ein Suizidversuch ist meistens ein Hilfeschrei.“ bzw. „Menschen, die versuchen, sich an öffentlichen Orten das Leben zu nehmen, suchen nur nach Aufmerksamkeit.“).

- *Erinnerung an (realen bzw. fiktionalen) Suizidfall*: Die Erinnerung an einen realen oder fiktionalen Suizidfall aus den Medien wurde offen erfragt. Wurde die Frage bejaht, wurde außerdem offen nach dem konkreten Fall gefragt. Dabei kodierte der Interviewer direkt, aus welcher Mediengattung der Befragte von dem Suizid erfahren hatte („Fernsehen“, „Tageszeitung“, „Zeitschrift“, „Radio“, „Internet“ und „Sonstiges: offene Nennung“).

- *Wirkungsvermutung gegenüber Suizidberichterstattung*: Für die Stärke der Wirkungsvermutungen gegenüber der Suizidberichterstattung auf sich selbst und (unterschiedlich weit entfernte) Dritte wurde die Zustimmung zu insgesamt drei Items abgefragt, die sich an der Forschung zu wahrgenommenen Medienwirkungen und deren Abhängigkeit von der sozialen Distanz orientieren (Andsager & White, 2007, S. 93–95; Davison, 1983): „Meine Vorstellungen von Suiziden werden stark von den Darstellungen in den Medien beeinflusst.“ „Die Vorstellungen von Suiziden werden in meinem Freundes- und Bekanntenkreis stark von den Darstellungen in den Medien beeinflusst.“ „Die Vorstellungen von Suiziden in der Allgemeinheit der Bevölkerung werden stark von den Darstellungen in den Medien beeinflusst.“. Die Reliabilität der Items war akzeptabel (Cronbach’s $\alpha = .66$).

- *Demotivation, Retention, Motivation*: Beruhend auf Banduras Annahmen der sozialkognitiven Theorie (Bandura, 1986) und in Anlehnung an deren Übertragung auf die Suizidberichterstattung nach Fu, Chan und Yip (2009) wurde die Zustimmung zu den theorierelevanten Bausteinen der Demotivation („Mir ist durch Selbstmordberichte klar geworden, dass Selbstmorde bei Angehörigen und Freunden großen Schmerz verursachen.“), Erinnerung („Ich kann mich noch heute an Details aus den Selbstmordberichten in den Medien erinnern.“) und Motivation („Ich habe im letzten Jahr Suizidberichte über Personen verfolgt, die mir recht ähnlich waren, und mir danach gedacht, dass Selbstmord auch nachvollziehbar sein kann.“) mit jeweils einem Item erfasst.

- *Soziodemografie*: Im Rahmen des Fragenblocks zur Soziodemografie wurden neben Alter, Bildung und Geschlecht auch die Wohnsituation („alleine" oder „mit anderer Person"), der Beziehungsstatus im Sinne einer festen Beziehung bzw. Ehe („ja" oder „nein) sowie die Erwerbstätigkeit (in einem ersten Schritt grob mit den Antwortmöglichkeiten „ja" oder „nein", in einem zweiten Schritt detaillierter) erfasst.

- *Depression*: In dieser Studie wurde der Depressionsgrad mithilfe einer für den Einsatz am Telefon optimierten Version des vereinfachten Beck-Depressionsinventars (BDI-V) verwendet (Sauer, Ziegler & Schmitt, 2013; Schmitt & Maes, 2000),[60] das wiederum eine validierte Kurzversion der überarbeiteten zweiten Version des Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996) darstellt.[61] Die Skala findet insbesondere „zur Messung der Depressivität bei klinisch unauffälligen Personen" Verwendung (Schmitt, Hübner & Maes, 2010, S. 125) und wird häufig als „Screeningverfahren herangezogen, um in der Allgemeinbevölkerung eine Depressionsneigung abschätzen zu können" (Wintjen & Petermann, 2010, S. 243). Die abermals ökonomischere, hier verwendete Telefonversion des verkürzten Depressionsinventars nach Beck (im Folgenden BDI-V_T) umfasst insgesamt 17 Items. Im Vergleich zum vereinfachten BDI-V-Inventar (Sauer et al., 2013; Schmitt & Maes, 2000) wurden in der von uns erstellten Telefonversion drei der 20 Items ausgeschlossen, weil sie als unpassend für eine telefonische Datenerhebung erschienen (Item: „Sex ist mir gleichgültig") oder weil ähnliche Dimensionen mit anderen Instrumenten innerhalb der Untersuchung erfasst wurden (Item: „Ich denke daran, mir etwas anzutun", vgl. Skala zur Erfassung von Suizidalität; Item: „Ich fühle mich als Versager(in)", vgl. Item 9 der Self-Esteem-Skala nach Collani und Herzberg 2003b, S. 7). Die Skala bezieht sich auf den Zeitraum der letzten zwei Wochen. Hinsichtlich der Faktorenstruktur der Skala gibt es zahlreiche Vorschläge für Subskalierungen des Inventars, die der psychometrischen Struktur des Depressionsinventars Rechnung tragen (Bouman & Kok, 1987; Brouwer et al., 2013, S. 136; Keller & Kempf, 1997, S. 315; Ward, 2006). Dabei werden in der Regel die Symptome einer Depression unterschiedlich gewichtet und entsprechend statistisch zusammengefasst (Baumeister & Parker, 2012). Um die latente Fak-

---

60 Die Vereinfachung des Fragebogens hat insbesondere die „Messökonomie des BDI" (Schmitt, Hübner & Maes, 2010, S. 125) verbessert. So wurde beispielsweise die Anzahl der Items von 80 auf 20 reduziert, weshalb die vereinfachte Skala auch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als brauchbar gelten kann. Dies belegen auch die guten testtheoretischen Eigenschaften der Skala (Sauer, Ziegler & Schmitt, 2013).

61 Das BDI ist beispielsweise das am häufigsten verwendete Messinstrument für Depressionen im *Journal of Personality and Social Psychology* (JPSP), das sich in Selbstauskunft beantworten lässt (Weary, Edwards & Jacobson, 1995, S. 888).

torenstruktur des BDI-V_T zu untersuchen, wurden mehrere konfirmatorische Faktorenanalysen (CFA) erstmals anhand einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe durchgeführt. Eine Übersicht darüber ist auf Nachfrage beim Autor erhältlich. Basierend auf den Befunden der Analysen und der Argumentation von Brouwer, Meijer und Zevalkink (2013, S. 143–144), wonach eine zu enge Fokussierung auf einzelne Subskalen des BDI-Inventars auch falsche Schlussfolgerungen im Hinblick auf Depressionen als komplexen psychischen Erkrankungen nach sich ziehen kann, folgen wir in der vorliegenden Untersuchung dem Vorschlag zur Bildung eines Generalfaktormodells aus den 17 Items des BDI-V_T (Cronbach's Alpha = 0.88). Der Wert für die Mindestreliabilität der Skala bemessen an Cronbach's Alpha liegt damit leicht unterhalb von anderen (nicht-repräsentativen) Befragungsstudien aus Deutschland, die auf das BDI-V-Depressionsinventar zurückgegriffen haben (vgl. Sebena, El Ansari, Stock, Orosova & Mikolajczyk, 2012, S. 4: 0.90 (studentische Stichprobe aus Deutschland, n = 803); Schwerdtfeger & Rosenkaimer, 2011, S. 432: 0.93 (nicht-klinische Stichprobe, n = 55); Ley et al., 2011, S. 334: 0.93 (klinische Stichprobe, n = 228); Schmitt & Maes, 2000: 0.90 (heterogene, nicht-repräsentative Bevölkerungsstichprobe, n = 2500). Zur Differenzierung des Schweregrades einer Depression wurde der Cut-off-Wert der telefonoptimierten BDI-V_T-Skala anhand der originalen Normierungsstichprobe (Schmitt, Altstötter-Gleich, Hinz, Maes & Brähler, 2006) eigens berechnet.[62] Als Personen mit hohem Depressionsgrad wurden alle Befragten ab einem BDI-V_T-Score von einschließlich 57 oder höher (= Cut-off-Wert) aufgefasst (vgl. zur deskriptiven Statistik dazu Kapitel 8.1.1). Personen, die Punktscores von 17 bis 24 erreichten, wurden als niedriger Depressionsgrad klassifiziert.[63] Zu den Personen mittleren Depressionsgrades wurden alle Befragten mit Scores von 25 bis 56 gezählt. Berücksichtigt wurden nur diejenigen Fälle, die alle Fragen zum BDI beantwortet hatten (n = 1961).

- *Suizidalität*: Die Erfassung der Suizidalität beruht auf insgesamt 16 Ja-Nein-Fragen nach Haenel und Pöldinger (1986), die verschiedene Facetten von Sui-

[62] Mein Dank gilt an dieser Stelle Prof. Dr. Manfred Schmitt, der mir die Originaldaten der Normierungsstichprobe für diese Berechnungen zur Verfügung stellte.

[63] Das entspricht den Personen, die bei allen 17 Symptombeschreibungen für Depression angaben, dass diese bei ihnen gar nicht vorliegen, oder die bei höchstens sieben Items die zweitniedrigste Antwortmöglichkeit wählten.
Die Festlegung der Gruppen darf insofern nicht missverstanden werden, als auch Personen, die nach dieser Auffassung zur Gruppe „mittleren" oder „niedrigen" Depressionsgrades gezählt werden, nicht automatisch nicht oder „nur leicht" depressiv sind. Die Gruppenaufteilung dient in erster Linie zur Kontrastierung der Befunde und Differenzierung des Einflusses von Depression im Kontext des Mediennutzungsverhaltens. Daher ist bei der Gruppenbezeichnung auch von niedrigem BDI-V_T die Rede.

zidalität abdecken (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche, Hoffnungslosigkeit, kognitive Verengung/Problemzentrierung, soziale Kontakte/Integration, Religiosität, Interessenverlust). Die Fragen umfassen wesentliche Risikofaktoren für bzw. protektive Faktoren gegenüber Suizidalität, die bereits früh anhand epidemiologischer Untersuchungen identifiziert werden konnten (Pöldinger, 1968). Die Items wurden schon während der Erhebung zu einem Summenindex zusammengefasst. Ab einem Wert von einschließlich 8 Punkten (Cut-off-Wert orientiert sich an Dieris-Hirche, Gieler, Kupfer & Milch, 2009, S. 642 bzw. Hodapp, Sicker, Wick & Winkelsträter, 1997, S. 57) wurde dem jeweiligen Interviewer ein Hinweis eingeblendet, den dieser unverzüglich den Befragten vorzulesen hatte. Der Hinweis lautete:

> *HINWEIS: Da unser Projekt vor allem auch im Dienste der Suizid-Vorbeugung steht, möchten wir Sie gerne auf ein Hilfsangebot in diesem Zusammenhang aufmerksam machen. Hier kann man sich rund um die Uhr kostenlos melden, wenn man sich in einer seelischen Krisensituation befindet. Es handelt sich um die Telefonseelsorge. Sie erreicht man unter der kostenlosen Nummer: 0800-111 0 111 oder im Internet unter www.telefonseelsorge.de. In bedrohlichen Situationen, wenn man beispielsweise ernsthaft befürchtet, jemand könnte sich jeden Moment das Leben nehmen, sollte man aber auf jeden Fall umgehend den Rettungsdienst alarmieren und die 112 wählen.*

Im Rahmen der Interviewerschulung wurde dieser Ablauf intensiv vorbereitet. Die 16 Items zur Messung von Suizidalität umfassen sowohl Risiko- als auch suizidprotektive Faktoren, die für die Zusammenfassung zu einem Summenindex entsprechend umgepolt wurden (vgl. Cochand & Bovet, 1998, S. 233). Die interne Konsistenz der Skala erfüllt zwar die Mindestanforderungen an ein reliables Messmodell (standardisiertes Cronbach's Alpha = .65), gleichwohl umfasst das Instrument sowohl theoretisch (Range & Knott, 1997, S. 50) als auch empirisch (auf Basis explorativer sowie konfirmatorischer Faktorenanalysen) mehrere Komponenten.[64] Für die vorliegende Untersuchung wird trotz des niedrigen Wertes von Cronbach's Alpha (vgl. Schmitt, 1996) aus sachlogischen und theoretischen Überlegungen (vgl. Kapitel 2.1) heraus ein Summenindex aus den 16 dichotomen Items erstellt (vgl. dazu auch Streiner, 2003). Da zahlreiche Arbeiten Suizidalität mit gerade einmal einem Item erfassen (Olfson, Weissman, Leon, Sheehan & Farber, 1996; Zimmerman et al., 1995) oder gar nicht gesondert, sondern anhand von Items anderer

[64] Hauptachsenanalyse (PAA; Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 132–133) mit Promax-Rotation; erklärte Varianz = 44.1%; KMO = .781; Test nach Bartlett $p < .001$. Die Hauptachsenanalyse zeigt insgesamt vier Faktoren, die sich inhaltlich als „Suizidgedanken", „Suizidpläne", „Hoffnungslosigkeit" und „protektive Faktoren" interpretieren lassen. Von den vier Faktoren trägt der erste am meisten zur Varianzaufklärung bei.

Skalen (Brown, 2001, S. 35; Dieserud, Roysamb, Ekeberg & Kraft, 2001, S. 159), erachten wir unser Vorgehen zumindest als einen Schritt in die richtige Richtung. Inhaltlich erweist sich der Index zudem als aussagekräftig, korreliert er doch recht deutlich beispielsweise mit dem BDI-V_T ($r = .414$, $p < .001$).[65] In Kapitel 7.2 wird überdies noch auf die zeitliche Stabilität der Messung von Suizidalität eingegangen (Test-Retest-Reliabilität), die ebenfalls Aufschluss über die Qualität der Messung liefert.

Für die Datenanalyse wurden schließlich einzelne Items der genannten Konstrukte entsprechend des zu messenden, übergeordneten Konstrukts umgepolt.

7.1.2 Begründung der Methodenwahl

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe gezogen und telefonisch (CATI) befragt. Der Einsatz telefonischer Interviewverfahren gilt in der Psychiatrie schon lange als valide und zugleich ökonomische Alternative zur persönlichen Patientenbefragung (Aneshensel, Frerichs, Clark & Yokopenic, 1982; Shebl et al., 2009). Ein bevölkerungsrepräsentativer Ansatz bei der Stichprobenziehung lässt sich schließlich damit begründen, dass sowohl Suizidalität als auch der Umgang mit Medien von sozialstrukturellen Merkmalen abhängt. Repräsentative Befunde sind essenziell für Prävalenzschätzungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen und -schichten sowie für angemessene und zielgenaue gesundheitspolitische Reaktionen (z.B. in Form von Aufklärungskampagnen zum Zusammenhang von Medien und Suizidalität). Bevölkerungsrepräsentative Befragungen zur psychischen Gesundheit wurden bereits für andere Fragestellungen durchgeführt (Schmidt, Petermann, Beutel & Brähler, 2011). Die telefonische Befragung bietet technisch einige Vorteile, so dass etwa die Befragungsdauer reduziert wird (Geyer & Siegrist, 2003, S. 264). Die zentralisierte Durchführung erleichtert die Kontrolle der Interviewer und bietet die Chance, im Fall von Durchführungsfehlern einzugreifen (Geyer & Siegrist, 2003, S. 264). Der häufig bemängelte Nachteil der unpersönlichen Befragungssituation am Telefon kann sich im Zusammenhang mit sensiblen Befragungsthemen, wie im vorliegenden Fall zur psychischen Gesundheit, zum Vorteil wandeln, wenn es den Befragten leichter fällt, sensible Themen anonym zu besprechen (Crippa et al., 2008, S. 244; Geyer & Siegrist, 2003, S. 264–265). Darüber hinaus könnte der direkte Kontakt mit einem Interviewer in einer Face-to-Face-Befragung auch (etwa bei akut depressiven Personen) die

[65] Dabei muss man sich die Tatsache vergegenwärtigen, dass der Suizidalitätsindex insgesamt bei Weitem nicht normalverteilt ist (Kurtosis = 3.82 (steilgipflig, extremere Verteilung); Schiefe = 1.52 (rechtsschiefe Verteilung)). So beträgt die Antwortrange etwa 0 bis 13 Punkte, 3,4% erreichten einen Wert von einschließlich 8 oder höher ($M = 3.4$, $SD = 1.8$). Die Werte beruhen allesamt auf der gewichteten Stichprobe (vgl. Kapitel 7.1.5).

Verweigerungsrate erhöhen (vgl. Crippa et al., 2008, S. 242). Vorab geführte Tiefeninterviews mit Experten verdeutlichten zudem, dass die Kontaktaufnahme im Rahmen der Behandlung akuter Depressionen auch telefonisch erfolgt (es gibt sogar Ansätze für telefonbasierte Depressions-Therapien; vgl. exemplarisch Dobkin et al., 2012). Zwar werden Telefonbefragungen zur Datenerhebung im psychiatrischen Bereich generell seltener angewendet als Face-to-Face-Befragungen, gleichwohl sind die verwendeten Skalen für telefonische Befragungen geeignet und methodisch angemessen (Aquilino, 1998; Siemiatycki, 1979). Es finden sich zahlreiche Belege für die Vergleichbarkeit von telefonisch erhobenen Daten im Gesundheitsbereich mit anderen Erhebungsmethoden.[66] Letztlich begründet sich die Entscheidung für eine telefonische Befragung auch mit dem handlungs- und subjektorientierten Erkenntnisinteresse der Studie. Der Fokus auf eine motivationswirksame psychische Erkrankung wie Depressionen und die damit verbundene Gefahr von Antwortverzerrungen aufgrund erhöhter Antwortausfälle bzw. eines geringen Rücklaufs schloss letztlich eine postalisch-schriftliche Befragung mit Selbstauskunft (McHorney, Kosinski & Ware, 1994, S. 564) aus. Tourangeau und Yan (2007) belegen, dass Falschantworten auf sensible Fragestellungen in erster Linie auf situationale Aspekte zurückzuführen sind, die im Rahmen einer Telefonbefragung reduziert werden. So kann beispielsweise eine abfallende Motivation der Befragten abgefangen und ein möglicher Abbruch durch die Interviewer verhindert werden – gerade im Kontext depressiver Erkrankungen ist dies sicherlich von Vorteil.

Ein Einwand gegenüber einer Befragung in diesem Themenbereich fokussiert schließlich iatrogene Effekte. Es geht dabei um die Befürchtung, dass bereits Fragen zur Suizidalität bei vulnerablen Personen emotionalen Stress oder gar Suizidgedanken auslösen können. Allerdings liefern Gould (2005) und Smith, Poindexter und Cukrowicz (2010) wichtige empirische Gegenargumente dafür dass (Nontreatment)-Befragungen zur Suizidalität keine schädlichen Auswirkungen auf die Befragten haben. Gould (2005) zeigt, dass explizite Fragen nach Suizidgendanken und suizidalen Verhaltensweisen nach zwei Tagen zu keinen Veränderungen des emotionalen Stresses, der selbst angegebenen Depressivität oder Suizidgedanken führen. Darüber hinaus zeigen sich keine bedeutsamen Zusammenhänge oder Interaktionen zwischen den zentralen Untersuchungsgrößen, der Bereitschaft zur Teilnahme an den beiden Untersuchungswellen oder der Randomisierung der Untersuchungsteilnehmer (Gould, 2005, S. 1638–1639). Die Studie differenziert ferner,

---

66 Vgl. Fine et al. (2013) für den Vergleich zwischen telefonischer und schriftlicher Erhebung von Depression; vgl. McHorney, Kosinski und Ware (1994) für einen Vergleich von Telefon- und schriftlichen Befragungen zum allgemeinen Gesundheitszustand; vgl. Hajebi et al. (2012) für einen Vergleich von Telefon- und Face-to-Face-Befragung bei Personen mit bzw. ohne psychische Störungen; vgl. Crippa et al. (2008) für einen Vergleich von Telefon- und Face-to-Face-Befragung zu sozialen Angststörungen; vgl. Lee et al. (2010) für den Vergleich von Telefon- und Face-to-Face-Befragung zu Depression; vgl. Hawthorne (2003) für den Vergleich von postalischer und telefonischer Befragung zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität.

inwiefern sich suizidbezogene Fragen in Risikogruppen (Personen mit erhöhter Depressivität oder Suizidversuchen) nach zwei Tagen auswirken. Erstaunlicherweise fanden die Autoren heraus, dass Fragen nach Suizidalität bei Personen mit erhöhter Depressivität oder Suizidversuchen nach zwei Tagen sogar zu weniger emotionalem Stress und reduzierten Suizidgendanken führen (Gould, 2005, S. 1640–1641). Die Autoren schlussfolgern daraus, dass sich die Befunde zu Nachahmungseffekten medial präsentierter Suizide nicht ohne weiteres auf das Screening von Depressivität und Suizidalität mithilfe von Fragebögen übertragen lassen (Gould, 2005, S. 1641). Auch vergangene depressive Episoden, suizidales Verhalten oder Suizidgedanken verstärken diesen Effekt nicht (Gould, 2005, S. 1641).[67] Es finden sich sogar explizite Aufforderungen zur Überprüfung der Qualität telefonischer Erhebungs- und Screening-Verfahren für Depression (Crippa et al., 2008, S. 246). Insbesondere könnte die Akzeptanz dieser Screenings höher ausfallen als bei persönlichen Screening-Untersuchungen. Allerdings fehlen bislang noch belastbare Untersuchungen zur Akzeptanz verschiedener Erhebungsmethoden zur Erfassung psychischer Erkrankungen.

7.1.3 Pretests

Das Erhebungsinstrument wurde ausgiebigen Pretests unterzogen. Eine schriftliche Version des Erhebungsinstruments wurde zuerst anhand einer studentischen Stichprobe (n = 157) im Rahmen einer Lehrveranstaltung an der LMU München einem freiwilligen Pretest unterzogen. Die Teilnehmer wurden explizit dazu aufgefordert, den Fragebogen mit Kommentaren und Anmerkungen zu versehen. Der Fragebogen wurde anschließend anhand dieser Anmerkungen und Korrelationsanalysen aus den Antworten überarbeitet, um inhaltliche Aspekte erweitert und schließlich in den Formulierungen für die Erhebung am Telefon angepasst. Das Instrument wurde außerdem vor Beginn der Feldphase einem telefonischen Pretest (n = 21) durch das beauftragte Befragungsinstitut unterzogen und im Anschluss daran erneut überarbeitet. Die wiederholten Pretests führten insbesondere zu Änderungen der Fragenreihenfolge und Filterführung im Erhebungsinstrument, um es hinsichtlich der Gesamtbefragungsdauer ökonomischer zu gestalten.[68] Darüber hinaus wurde die

---

67 Die Befunde können dabei in mehrfacher Hinsicht als aussagekräftig gelten: Es handelt sich um eine experimentell angelegte Untersuchung, in der die Versuchspersonen randomisiert in die Experimental- und Kontrollgruppe verteilt wurden, die Probanden können grundsätzlich zur Risikogruppe für Suizide gezählt werden (jung; 13-19 Jahre), das Experiment fand im Feld (in Schulen) statt und die beobachteten Effekte verfügen über eine hohe statistische Power (n = 2342).

68 So irritierte es beispielsweise einige Befragte, dass zwischen den statistischen Fragen eine Frage zu individuellen politischen Kompetenz- und Einflusserwartungen („political efficacy“) enthalten war. Die Frage wurde daraufhin ans Ende verschoben.

Begrüßung im Fragebogen den Anmerkungen der Teilnehmer aus den Pretests entsprechend umformuliert. Bei einigen Fragen wurden Mehrfachnennungen integriert, offene Antworten reduziert und die Anweisungen an die Interviewer so modifiziert und erweitert, dass diesen auch für den Fall spezieller Rückfragen (z.B. über das genaue Ziel der Untersuchung) entsprechende Antworten bereitstanden.

Besonderes Augenmerk wurde in den Pretests auf die Fragen zur Erfassung der Suizidalität gelegt. Im Rahmen des schriftlichen Pretests wurde allen Befragungsteilnehmern direkt nach der Erhebung eine Anlaufstelle bei Suizidgedanken in München genannt (Adresse, Internetseite, Telefonnummer). Es war im Rahmen des schriftlichen Pretests nicht möglich, die entsprechende Frage im Fragebogen unmittelbar auszuwerten und entsprechende Hilfsangebote selektiv nur bei erhöhter Suizidalität zu vermitteln. Im Rahmen des telefonischen Pretests wurde schließlich ein programmierter Hinweis getestet, der dem Interviewer automatisch eingeblendet wurde, sobald ein Befragungsteilnehmer den zuvor festgelegten Cut-off-Wert (i.d.F. ≥ 8) auf der Skala zur Erfassung der Suizidalität (Haenel & Pöldinger, 1986) überschreitet. Der Interviewer wurde entsprechend instruiert, den Text unverzüglich vorzulesen und damit aktiv auf die erhöhte Suizidalität des Befragten einzugehen – diese Vorgehensweise wird für den Umgang mit suizidalen Personen empfohlen (Schmidtke & Schaller, 2009, S. 177).

7.1.4 Durchführung der Telefonbefragung

Nach den Pretests übernahm das Sozialwissenschaftliche Umfragezentrum der Universität Duisburg-Essen (SUZ) die Feldarbeit. Der Befragungszeitraum dauerte vom 9. Juli 2013 bis 17. August 2013. Die insgesamt 91 Interviewer führten in diesem Zeitraum jeweils zwischen 22 und 136 Interviews. Die Zufallsstichprobe von Telefonnummern wurde nach dem Gabler-Häder-Verfahren gezogen (Gabler & Häder, 2002). Innerhalb des so ermittelten Privathaushaltes mit Telefonanschluss, wurde die Zielperson für das Interview nach der Last-Birthday-Methode bestimmt. Pro Haushalt wurde also nur eine Person befragt. Damit auch Vielnutzer von Mobilfunktelefonen, Personen ohne Festnetzanschluss, die jedoch ein Mobiltelefon benutzen, oder Personen, die sich zu den Kontaktaufnahmezeiten nicht zuhause aufhalten, besser erreicht werden konnten, wurde die Festnetzstichprobe mit einer Mobilfunkstichprobe kombiniert (Dual-Frame-Ansatz; vgl. hierzu Boyle, Lewis & Tefft, 2010; Guterbock, Lavrakas, Tompson & ZuWallack, 2011; Tarnai, Moore & Schultz, 2009). Die Mobilfunk- und die Festnetzstichprobe liefern beide eine vergleichbare Datenqualität (Brick et al., 2007, S. 36). In der Diskussion des Dual-Frame-Ansatzes gegenüber reinen Mobilfunkstichproben hinsichtlich Antwortverzerrungen und Ausschöpfungsquoten (Kennedy, 2007; Lynn & Kaminska, 2013) wird dieser gegenwärtig als „Gold-Standard“ (Peytchev & Neely, 2013, S. 303) be-

zeichnet. Die Stichprobe der Festnetznummern kann als Haushaltsstichprobe aufgefasst werden, die Mobilfunknummern eher als Personenstichprobe (Gabler & Häder, 2005, S. 114). Der Mobilfunknutzer galt dabei direkt als Zielperson.[69] Es wurden (regulär) maximal 10 Kontaktversuche unternommen, wobei im Falle mehrfacher Terminabsprachen die Zahl auch überschritten werden konnte. Die Kontaktaufnahme erfolgte von Montag bis Freitag zwischen 16.30 Uhr und 21 Uhr sowie am Samstag von 12 bis 18 Uhr. Zusätzliche Terminangebote bestanden für die Zeit von Montag bis Freitag von 10 bis 13 Uhr.

Ein zentraler Aspekt bei der Schulung der Interviewer sowie bei der späteren Feldphase war die Abfrage des Themenkomplexes zur Suizidalität. Besonderes Augenmerk galt dabei den angesprochenen iatrogenen Effekten, um sicherzustellen, dass das Messen von Suizidalität nicht die Suizidalität der Befragten erhöht. Empirische Befunde sprechen gegen iatrogene Effekte des Erhebungsinstruments (Gould, 2005; Smith et al., 2010). Dennoch wurde, wie bereits erklärt, in den Frageblock zum Screening der Suizidalität ein Hinweis programmiert, der im Moment des Überschreitens eines zuvor definierten Cut-off-Werts für erhöhte Suizidalität (i.d.F. ≥ 8) den Interviewern angezeigt wird. Den Interviewern wurde die Relevanz dieses Hinweises im Rahmen der Interviewer-Schulung erklärt; sie wurden angehalten, den Hinweis unverzüglich und mit aller Deutlichkeit den Befragten vorzulesen.

Außerdem ist anzuzweifeln, dass telefonische Interviews zu sensiblen Themen, wie psychischen Erkrankungen, weniger valide Befunde zu Tage fördern als Face-to-Face-Befragungen. Hinweise darauf, wie Befragte mit sensiblen Fragen in (Telefon-) Befragungen umgehen, gibt eine Literaturübersicht (Tourangeau & Yan, 2007). Sie zeigt, dass fehlende Angaben oder Falschangaben vor allem situationale Ursachen haben und abhängig vom Umfang an Fragen sind, die von den Befragten als peinlich wahrgenommen werden (Tourangeau & Yan, 2007). In der vorliegenden Untersuchung betrug der Anteil fehlender Werte bei sensitiven Fragekomplexen zwischen 0.1% und 4.7%. Eine knappe Übersicht findet sich in der nachstehenden Tabelle 7.

---

[69] Diese Auswahl wird in der Literatur durchaus vor dem Hintergrund diskutiert, dass Mobiltelefone nicht zwangsläufig eine einzelne Interviewperson identifizieren, beispielsweise wenn ein Handy von mehreren Personen gemeinsam verwendet wird (vgl. American Association for Public Opinion Research, 2011, S. 13; Brick, Edwards & Lee, 2007, S. 798; Tucker, Brick & Meekins, 2007, S. 16).

Tabelle 7.
Übersicht über die Item- und Unit-Nonresponse auf sensible Fragen im Rahmen der Telefonbefragung

Konstrukt	Item-Nonresponse	Unit-Nonresponse
Suizidalität	4.7%	0.8%
Depression	2.1%	0.3%
UCLA-Loneliness Skala	2.0%	0.2%
WHO-5 Skala	2.5%	0.1%

Anmerkung. Lesebeispiel: „Etwa fünf Prozent der Befragten machten bei mindestens einem der 16 Items zur Erfassung von Suizidalität keine Antwortangabe. Ein Prozent der Befragten verweigerten eine Antwort auf den gesamten Fragenblock."

7.1.5 Stichprobe und Gewichtung

Telefonisch (CATI; Dual-Frame-Ansatz) wurden 2.002 Personen befragt, repräsentativ für die in Privathaushalten lebenden Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland. Die durchschnittliche Interviewdauer lag bei 31 Minuten (*SD* = 7 Minuten). Die Ausschöpfungsquote, definiert nach der American Association for Public Opinion Research (2011, S. 44), errechnet sich als Quotient aus der Anzahl vollständiger Interviews und der Anzahl aller wählbaren Einheiten in der Stichprobe. Die Ausschöpfungsquote der vorliegenden Untersuchung beträgt RR1 = .08 (RR3 = .09).

Die Netto-Stichprobengröße wurde am Untersuchungsziel festgemacht: Damit empirisch beobachtete Zusammenhänge in der Zielpopulation über eine angemessene statistische Power verfügen (O'Keefe, 2007), wird bei einem Signifikanzniveau von 5% eine Mindestanzahl an Personen mit erhöhter Depressivität erforderlich.[70] Zur Abschätzung dieser Teilstichprobengröße wurden mehrere Untersuchungen zur Prävalenz von Depression herangezogen (siehe Tabelle 4), die sich auf Deutschland übertragen lassen. Die Tabelle zeigt, dass die Prävalenzschätzer je nach Stichprobe und Erhebungsinstrument zum Teil deutlich variieren (Bromet et al., 2011, S. 2; Kessler & Bromet, 2013, S. 129). Es finden sich zwar kaum Studien, in denen die

[70] Bei komplexeren statistischen Verfahren wird oftmals eine Stichprobengröße von n = 200 als Daumenregel genannt. Kleinere Stichproben gelten in der Literatur jedoch auch als akzeptabel (Anderson & Gerbing, 1988, S. 415–416; Bentler & Yuan, 1999, S. 194; Yuan & Bentler, 1998).

Datenerhebung ausschließlich telefonisch erfolgt, die Vergleichbarkeit der Prävalenzraten sollte aber dennoch gegeben sein (Crippa et al., 2008, S. 244).[71] Andererseits steht die Größenordnung dieser Zahlen im Einklang mit meta-analytischen Einschätzungen der Prävalenz von Depression (Wittchen & Jacobi, 2005, S. 365): Hier liegt die Prävalenz einer depressiven Erkrankung zwischen 3.1% und 10.1% und streut außerdem auffällig eng um einen Median von 6.9%. Auf der Grundlage dieser Untersuchungen konnte der Anteil derjenigen, die zum Befragungszeitpunkt depressive Symptome zeigen, auf 8% bis 10% in der Zufallsstichprobe geschätzt werden. Die Netto-Stichprobengröße wurde dementsprechend auf 2.000 vollständige Interviews festgelegt, so dass allein die Anzahl an Personen mit depressiven Symptomen die Stichprobenanforderungen für komplexere, multivariate statistische Verfahren erfüllt. Da für die vorliegende Untersuchung das Erreichen von Personen mit Depression von besonderer Bedeutung ist (vgl. zur Nicht-Befragung von psychisch Kranken Schnell, 1991, S. 130–132), besteht ferner das besondere Risiko, dass die Interviewer die Zielperson aufgrund einer depressiven Symptomatik nicht für fähig halten, ein telefonisches Interview zu führen. In Rücksprache mit dem Befragungsinstitut ist dieser Fall im Rahmen der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht eingetreten. Die Stichprobe ermöglicht es, allein innerhalb der Gruppe von Personen mit erhöhter depressiver Symptomatik mit über 90% Power einen Regressionskoeffizienten der Stärke 0.2 im Rahmen multivariater Regressionsanalysen aufzudecken.[72]

Uns war es im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wichtig, repräsentative Aussagen über die in bundesdeutschen Privathaushalten lebenden Personen ab 18 Jahren zu treffen. Die Responserate der Untersuchung liefert einen ersten Anhaltspunkt für die Qualität der Befragung (Beullens & Loosveldt, 2012). Außerdem müssten Unterschiede zwischen Respondern und Non-Respondern ermittelt werden, was im Rahmen der vorliegenden Untersuchung leider nicht möglich war, da über die Non-Responder keine Informationen existieren (Kamtsiuris et al., 2013, S. 627).

Stattdessen wurden die Befragungsteilnehmer mit der Zielpopulation hinsichtlich der zentralen Merkmale Alter, Geschlecht und formaler Bildung verglichen. Es zeigten sich dabei Unterschiede, die bereits aus anderen Telefonbefragungen bekannt sind: Wie in Tabelle 8 dargestellt, sind in der ungewichteten Stichprobe Personen mit höheren Bildungsabschlüssen über- und Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen unterrepräsentiert. Um die Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden die gemeinsamen Randverteilungen der Merkmale Alter,

---

71 In ihrem Methodenvergleich zwischen telefonischen und Face-to-Face-Interviews zeigen Crippa et al. (2008, S. 244), dass die Prävalenzrate für Angststörungen bei der Telefonerhebung eher überschätzt wird.

72 Bei der Power-Kalkulation werden Effekte mit einer Stärke von bis zu $r = .05$ als nicht relevant eingestuft und daher als Bestätigung der Nullhypothese angesehen.

Geschlecht und formale Bildung in der erhobenen Stichprobe an die der amtlichen Statistik (Mikrozensus 2011; vgl. kritisch zur amtlichen Statistik Schnell, 1991, S. 145) angepasst („Redressment“).[73] Es wurden verschiedene Anpassungsgewichtungen an die Gesamtbevölkerung für verschiedene Alterskategorien, Geschlecht und formale Bildung vorgenommen, um die bestmögliche Anpassung an die Grundgesamtheit zu ermitteln.

[73] Zur Diskussion darüber, wie substanziell der Einfluss der Gewichtung von Befragungsdaten auf die Ergebnisse bi- oder multivariater Verfahren sein kann, insbesondere wenn Gewichtungsvariablen wie Alter, Geschlecht oder Bildung als Kontrollvariablen in den entsprechenden Modellen berücksichtigt werden, siehe beispielsweise Arzheimer (2009) oder Gabler und Manninger (2010).

Tabelle 8.

Sozialstrukturelle Merkmale in der deutschen Bevölkerung, der ungewichteten und gewichteten Untersuchungsstichprobe (Alter 5-stufig)

		Grundgesamtheit (Zensus 2011)		Stichprobe (ungewichtet)		Stichprobe (gewichtet)		Stichprobe (gewichtet, trimmed)	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Geschlecht		49%	51%	49%	51%	49%	51%	49%	51%
Durchschnittsalter		43 Jahre	45 Jahre	50 Jahre	50 Jahre	47 Jahre	50 Jahre	49 Jahre	49 Jahre
Alter in Gruppen (%)	bis 29 Jahre	20.8	18.9	15.5	12.3	21.2	18.8	16.2	16.8
	30 bis unter 40 Jahre	14.2	13.3	13.8	15.6	14.1	12.8	14.5	14.9
	40 bis unter 50 Jahre	19.9	18.2	19.0	21.5	19.4	18.5	22.5	18.6
	50 bis unter 60 Jahre	16.9	16.4	21.2	20.8	17.5	16.5	19.9	18.6
	60 Jahre und älter	28.2	33.2	30.5	29.8	27.8	33.4	26.9	31.0
Schulbildung (%)	keine Angabe (noch Schüler, kein Abschluss)	7.8	7.8	0.4	1.3	5.4	7.1	1.0	2.6
	Volks-/Hauptschule	36.4	36.6	13.5	13.8	37.1	36.7	32.2	31.7
	mittlerer Abschluss	26.7	31.1	24.7	32.9	27.4	31.1	31.9	36.3
	(Fach-)Abitur und höher	29.1	24.5	61.4	52.0	30.0	25.1	34.9	29.3
Verhältnis neue : alte Bundesländer		0.19		0.21		0.19		0.20	

Anmerkung. Die Abweichung des Durchschnittsalters der gewichteten Stichprobe von der Grundgesamtheit ist darauf zurückzuführen, dass nach Altersgruppen gewichtet wurde.

Dabei traten aufgrund der Stichprobenzusammensetzung vereinzelt auch extreme Gewichtungsfaktoren auf, wodurch in Analysen letztlich wiederum Verzerrungen entstehen können. Zu hohe Anpassungsgewichte wurden daher nach dem „Estimated Mean Square Error (MSE) Trimming"-Verfahren (Potter, 1990, S. 227–228) gedeckelt. Tabelle 9 gibt einen Überblick über wichtige Kennwerte der beiden verschiedenen Anpassungen an die Grundgesamtheit. Man erkennt, dass sich das Verhältnis zwischen dem größten und dem kleinsten Anpassungsgewicht durch die Gewichtung nach Geschlecht, Bildungsabschluss und fünf Altersklassen ($\frac{\max}{\min}$ = 80.4) anstelle von elf Altersklassen ($\frac{\max}{\min}$ = 104.9) deutlich reduziert und dass sich durch das Trimming-Verfahren auch die mittlere quadratische Abweichung für die herangezogene Schlüsselvariable „Depression" verringert (vgl. allgemein zu „Trimming"-Verfahren von Gewichtungsfaktoren beispielsweise Lee, Lessler, Stuart & Biondi-Zoccai, 2011; Potter, 1988, 1990, 1993).[74]

Alle folgenden Analysen sind gewichtet nach Alter (in fünf Kategorien), Geschlecht und formaler Bildung, wobei extreme Anpassungsgewichte auf den maximalen Gewichtungswert von zwei gedeckelt wurden. Die Gewichtungsvariable wurde normalisiert.

Tabelle 9.
Kennwerte der Anpassungsgewichte in der Untersuchung

	min	1. Quartil	*Mdn*	*M*	3. Quartil	max	$\max_{\text{trimmed}}$	*MSE*	*n*
Anpassungsgewichte (11 Alterskategorien)	0.19	0.39	0.71	0.98	1.09	18.93	4	204.69	2002
Anpassungsgewichte (5 Alterskategorien)	0.28	0.36	0.65	0.99	1.08	22.52	2	194.69	2002

Anmerkung. Alle Analysen der vorliegenden Studie basieren auf den getrimmten Anpassungsgewichten (5 Alterskategorien).

[74] Es wird darüber hinaus empfohlen in einem ersten Schritt zu überprüfen, ob der kombinierte Gewichtungsfaktor negativ mit zentralen Untersuchungsgrößen korreliert ist. In diesem Fall kann das „trimming" von Gewichtungsfaktoren zu Verzerrungen der Schätzer führen (Potter, 1990, S. 229). Dies war in der vorliegenden Untersuchung jedoch nicht der Fall.

7.2 Zweiwellige Online-Panelbefragung

Zeitgleich zur repräsentativen Telefonbefragung fand eine flankierende, zweiwellige Panelbefragung in einem Online-Access-Panel statt (SoSciPanel; Leiner, 2012). Anhand der Stichprobe lassen sich also keine bevölkerungsrepräsentativen Ergebnisse ableiten (Faas, 2003; Maurer & Jandura, 2008, S. 69; Sparrow & Curtice, 2004).[75] Der durchschnittliche Zeitabstand zwischen den zwei Befragungen betrug für jeden Befragten 40 Tage (*SD* = 4.1 Tage; der geringste Abstand lag bei 20 Tagen, der größte Abstand betrug 53 Tage). Die Panelbefragung sollte einen erhebungsmethodischen Nachteil der telefonischen Querschnittsbefragung beheben: Die zeitliche Abfolge zwischen einzelnen Beobachtungen kann hier eindeutig bestimmt werden, womit eine notwendige Bedingung für die kausale Interpretation der Daten erfüllt ist. Die Befunde der zweiwelligen Online-Panelbefragung nehmen eine flankierende Funktion zur Beantwortung der Forschungsfragen ein: Auf sie wird immer dann zurückgegriffen, wenn korrelative Zusammenhänge aus der repräsentativen Querschnittsbefragung gerichtet vorliegen bzw. Anhaltspunkte für die Stabilität von Befunden aus der Repräsentativbefragung gesucht werden. Die deskriptive Beschreibung der Grundgesamtheit basiert dagegen auf den repräsentativen Daten aus der parallel durchgeführten Telefonbefragung. Dafür wurden die beiden Befragungsinstrumente bis auf einzelne Formulierungen identisch gestaltet.

Grundsätzlich eignen sich sensible Themen besonders für anonyme Online-Befragungen (Mustanski, 2001; Peter & Valkenburg, 2012, S. 403), so auch die Themen Depression und Suizidalität (Donker, van Straten, Marks & Cuijpers, 2010). Allerdings gilt es generell zu berücksichtigen, dass Befragte dazu tendieren u.a. depressive Symptome in selbstadministrierten Fragebögen häufiger anzugeben als etwa in Telefonbefragungen (Tourangeau & Yan, 2007, S. 865). Dementsprechend defensiv sollte der Umgang mit Prävalenzzahlen sein, die aus Online-Befragungen stammen. Gesondert wollen wir auf dieses Problem in Kapitel 7.2.4 eingehen. Hier werden verschiedene Zusammenhänge zwischen zentralen Untersuchungsgrößen aus der repräsentativen Telefonbefragung und der zweiwelligen Online-Panelbefragung miteinander verglichen.

7.2.1 Aufbau und Bestandteile des Fragebogens

In beiden Wellen der Online-Panelbefragung wurde ein weitgehend identischer Fragebogen eingesetzt. Bis auf einzelne Formulierungen waren diese sowie die

[75] Es besteht zwar grundsätzlich die Möglichkeit, Propensity-Gewichtungen der Panel-Daten anhand der parallel durchgeführten Telefonbefragung vorzunehmen (Maurer & Jandura, 2008, S. 63), um die Repräsentativität der online erhobenen Daten zu erhöhen. Dieses Vorgehen ist allerdings umstritten (Maurer & Jandura, 2008, S. 63) und findet im Rahmen der Studie nicht statt.

jeweilige Antwortskalierung (i.d.R. siebenstufig) außerdem identisch mit dem Erhebungsinstrument der bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung, die parallel dazu stattfand (vgl. Kapitel 7.1). Änderungen in den Formulierungen waren in erster Linie dem unterschiedlichen Erhebungsmodus geschuldet. Die Gesamtdauer zur Beantwortung der identischen Fragebögen wurde für die Online-Erhebung etwas niedriger eingeschätzt als für die telefonische Befragung. Es ist bekannt, dass offene Fragen in einem Online-Erhebungsinstrument die Gesamtbeantwortungsdauer im Vergleich zu identischen Telefonbefragungen deutlich erhöhen, was jedoch wiederum durch die höhere kognitive Leistungsfähigkeit der normalerweise jüngeren Teilnehmer von Online-Befragungen ausgeglichen wird (Fricker, 2005, S. 389–390). Da das Erhebungsinstrument nur wenige offene Fragen enthielt, war davon auszugehen, dass der Fragebogen online schneller als telefonisch zu beantworten sei, was sich schließlich in Pretests bestätigte. Es schien daher für die Teilnehmer zumutbar, im Rahmen der Panelbefragung zusätzliche Konstrukte abzufragen. Eine Hauptveränderung am Fragebogen bestand darin, den zeitlichen Bezugspunkt in der zweiten Befragungswelle auf „den letzten Monat"/„die letzten vier Wochen" zu fokussieren.

Zusätzliche nur in der Online-Panelbefragung abgefragte Konstrukte:

- *Genrepräferenzen*: Während die Telefonbefragung und die erste Welle der Panelbefragung noch im Wortlaut identisch waren, wurde aufgrund von Anmerkungen aus den Befragungen in der zweiten Panelwelle das Genre „Thriller/Krimis (z.B. Tatort, Das Netz)" ergänzt.

- *Spezifische Nutzung sozialer Netzwerke*: In der zweiten Welle der Panelbefragung wurden unter anderem die passiven und aktiven Nutzungsmuster sozialer Netzwerke erfasst (*impression management*), der soziale Neid, den die Befragten im Zuge der Nutzung empfinden (vgl. Chou & Edge, 2012; Krasnova, Wenninger, Widjaja & Buxmann, 2013, S. 1482; Nabi & Keblusek, 2014; Strano, 2008) sowie Einstellungen zu Fotos auf sozialen Netzwerkseiten (z.B. „Portale wie Facebook sind voll von Momentaufnahmen, die vorwiegend Menschen voller Glück und Freude zeigen").

- *Mood Management im Medienkontext* : In den beiden Wellen der Online-Befragung wurde die Relevanz der Medien als mögliches Instrument zur Emotionsregulation bei gedrückter Stimmung erhoben. Außerdem wurde nach der Relevanz zweier alternativer Emotionsregulationsstrategien gefragt („Sport treiben", „sich mit Freunden treffen"). Zur Messung der spezifischen Emotionsregulation im Medienkontext wurden in der zweiten Welle der Panelbefragung weitere Items ergänzt, die theoretisch die Dimensionen soziale Orientierung, hohe/niedrige Absorption durch Medieninhalte ergänzten („… besuche ich Facebook, Foren oder Chats"; „…bevorzuge ich anspruchsvolle Inhalte (z.B.

Film oder Buch)“, „… bevorzuge ich seichte Unterhaltung (z.B. Film oder Buch)“). Außerdem wurde offen erfasst, ob „…Sie etwas ganz anderes [machen], wenn Sie sich traurig und deprimiert fühlen?“.

Abweichungen zwischen Online-Panelbefragung und Telefonbefragung:

- *Eisbrecherfrage*: Als Eisbrecherfrage wurden die Teilnehmer der Panelbefragung danach gefragt, wie wichtig ihnen Medien im Allgemeinen sind.
- *Mediennutzungsmotive*: Wurden nur in der ersten Welle der Online-Befragung, nicht in der zweiten Welle erfasst.
- *Parasoziale Beziehungen*: Wurden in der zweiten Erhebungswelle der Panelbefragung nicht mehr erhoben.
- *Reasons for Living*: Die Gründe für das Weiterleben wurden in der zweiten Welle der Panelbefragung nicht mehr erfasst.

Nachdem die beiden Befragungswellen programmiert worden waren, konnte der Online-Fragebogen an private E-Mail-Verteiler verschickt und einem intensiven Pretest unterzogen werden. Dabei kam auch die Methode des lauten Denkens zum Einsatz. Großer Wert wurde dabei auf eine effiziente Filterführung gelegt, um „Abkürzungen“ in dem ohnehin umfangreichen Befragungsinstrument anzubieten.

7.2.2 Durchführung der Online-Panelbefragung

Insgesamt wurden 18.000 registrierte Mitglieder eines nicht-repräsentativen Online-Access-Panels (SoSci Panel) von dessen Betreiber per E-Mail angeschrieben[76] und zur Teilnahme an der mehrwelligen Panelbefragung eingeladen. Dabei wurden keine Restriktionen hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht oder Bildung festgelegt. Es wurde, soweit technisch machbar, eine möglichst große Heterogenität unter den angeschriebenen Personen hinsichtlich dieser Merkmale angestrebt. Die Anzahl der angeschriebenen Personen orientierte sich an der durchschnittlichen Teilnahmequote von Online-Panels im Allgemeinen von höchstens 10% (American Association for Public Opinion Research, 2010, S. 4) sowie an den Erfahrungswerten des Panelbetreibers hinsichtlich der Teilnahmebereitschaft der registrierten Nutzer (höchstens 15%). Dies sollte auf Grundlage der epidemiologischen Schätzungen für die Verbreitung von Depressionen eine ausreichende Anzahl von Personen mit erhöh-

[76] An dieser Stelle gilt mein ausdrücklicher Dank Dominik Leiner, der den Zugang zum SoSci-Panel möglich machte.

ter Depressionssymptomatik in der Stichprobe sicherstellen.[77] In dem Einladungsschreiben zur Teilnahme an den beiden Erhebungswellen waren neben dem allgemein formulierten Untersuchungsziel („Medien und Gesundheit") auch die zu erwartende Dauer der jeweiligen Befragungswelle angegeben. Den Teilnehmern wurde ferner die Anonymität ihrer Angaben zugesichert und sie wurden über das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse der Studie im Rahmen eines umfangreicheren Projekts aufgeklärt. Über einen Link in dem Anschreiben gelangten die Teilnehmer zum Fragebogen. Der Abstand zwischen den beiden Erhebungswellen wurde, in Rücksprache mit dem Befragungsinstitut, an die gleichzeitig stattfindende Telefonbefragung angepasst (Welle 1 vom 9. bis 31. Juli 2013; Welle 2 vom 19. bis 31. August 2013). Dies sollte die annähernde Vergleichbarkeit des „globalen" Berichterstattungskontexts gewährleisten, während dem die On- und Offline-Erhebungen stattfanden.[78] Am Ende der ersten Befragungswelle erfolgte noch kein ausführliches Debriefing der Befragten, um das Antwortverhalten in der zweiten Befragungswelle nicht zu beeinflussen.

Ebenso wie in der repräsentativen Telefonbefragung wurde im Rahmen der Online-Panelbefragung besonderer Wert auf die Abfrage des Themenkomplexes zur Suizidalität und zum Umgang mit suizidalen Personen gelegt. Der Erhebungsmodus hat dabei den Vorteil, dass er den Befragten mit erhöhter Suizidalität automatisch Hinweise auf Hilfsangebote anzeigt. Dafür wurde im Fragebogen eine Ad-hoc-Auswertung der Screening-Frage zur Suizidalität nach Pöldinger (1968) programmiert. Ein Befragter, der den definierten Cut-off-Wert der Skala (Dieris-Hirche et al., 2009, S. 642; Hodapp et al., 1997, S. 57) überschritt, erhielt am Ende des Fragenblocks den folgenden Hinweis auf Hilfsangebote angezeigt (siehe Abbildung 20). Der entsprechende Hinweis wurde in demselben Wortlaut auch in der Telefonbefragung vorgelesen.

---

77 In der ersten Befragungswelle waren insgesamt 362 Personen mit einer erhöhten Depressivität (Score-Wert auf dem Beck-Depression Inventory mindestens 57) beteiligt, in der zweiten Welle waren dies 309 Personen. Damit sind die Anforderungen für komplexere statistische Modelle gegeben.

78 Gerade bei der (einzelfallorientierten) Erforschung des Zusammenhangs von Medien und Suiziden wird implizit von einem „globalen" Berichterstattungskontext ausgegangen, wonach Suizidereignisse, über die prominent in den Medien berichtet wird, eine entsprechend „globale" Wirkung entfalten. Diese zeichnet sich später in den Suizidstatistiken ab. Individuelle Medienrepertoires werden dabei ausgeblendet, ebenso wie Unterschiede der Berichterstattung in verschiedenen Medien. Im Sinne einer Annäherung an diese Problematik wurde der identische Zeitrahmen für die Befragungen gewählt, in dem zumindest die großen Schlagzeilen in den Medien annähernd vergleichbar sind. Eine Inhaltsanalyse von (nicht einmal ausgewählten) Medienangeboten wurde für den Erhebungszeitraum bisher noch nicht durchgeführt.

Abbildung 20. Hinweis bei erhöhter Suizidalität im Online-Fragebogen

7.2.3 Stichprobe

Die Teilnehmer der Online-Panelbefragung haben nicht gleichzeitig auch an der telefonischen Erhebung teilgenommen – das wurde in der zweiten Welle der Online-Panelbefragung abgefragt. Die „within-panel response rate“ (vgl. Ansolabehere & Schaffner, 2014) in der ersten Welle betrug nach den Standards der AAPOR (American Association for Public Opinion Research, 2011) RR1 = .15 (RR3 = .16) und in der zweiten Welle RR1 = .49 (RR3 = .49). Zur Teilnahme an der zweiten Welle wurden nur diejenigen eingeladen, die den Einladungslink zur ersten Befragung angeklickt hatten. Eine detaillierte Übersicht über die angeschriebenen Personen und den Rücklauf in beiden Befragungswellen zeigt Tabelle 10. Die Datensätze aus beiden Online-Erhebungswellen wurden bereinigt und für die Datenanalyse

miteinander fusioniert. Beide Befragungswellen haben nur Fragebögen berücksichtigt, die bis zur letzten Seite ausgefüllt und nicht vorher abgebrochen worden waren. Ferner wurden alle Befragten von den weiteren Analysen ausgeschlossen, die in beiden Wellen weniger als 90% der Fragen beantwortet haben. Dabei wurden die Fragen danach gewichtet, wie oft diese durchschnittlich von allen Befragten beantwortet wurden. Fragen, die optional zu beantworten waren, werden dabei also weniger stark berücksichtigt. Außerdem wurde der Datensatz um diejenigen Fälle bereinigt, die gleichzeitig mehrere unplausible Antworten hinsichtlich des Mediennutzungsverhaltens enthielten. Daraus resultierte ein finaler Datensatz mit 1.377 Fällen. Die Stichprobe ermöglicht es, allein in der Gruppe von Personen mit erhöhter depressiver Symptomatik in der zweiten Welle der Online-Befragung (n = 309) mit über 90% Power einen Regressionskoeffizienten der Stärke 0.15 im Rahmen multivariater Regressionsanalysen aufzudecken.[79]

Tabelle 10.
Rücklaufstatistik der Online-Panelbefragung

Welle 1	E-Mails versendet	18.000
	E-Mail-Adresse fehlerhaft	288
	Link in Anschreiben angeklickt („click through rate"; CTR)	3139
	vollständig beantwortete Fragebögen	2634
Welle 2	E-Mails versendet	3133
	zwischenzeitliche Abmeldungen aus Befragten-Pool des Online-Access-Panels	6
	E-Mail-Adresse fehlerhaft	2
	Link in Anschreiben angeklickt („click through rate"; CTR)	1817
	vollständig beantwortete Fragebögen	1530
bereinigte, vollständige Teilnahmen an Welle 1 und 2		1377

7.2.4 Vergleich der Zusammenhänge zwischen zentralen Untersuchungsgrößen (on- und offline)

Nicht-repräsentative Online-Access-Panels sind in ihrer Zusammensetzung gegenüber der Grundgesamtheit verzerrt und dies schlägt sich immer wieder in den Be-

[79] Bei der Power-Kalkulation werden Effekte mit einer Stärke von bis zu r = .05 als nicht relevant eingestuft und daher als Bestätigung der Nullhypothese angesehen.

funden dort durchgeführter Befragungen durch.[80] Die AAPOR rief daher eine Task Force ins Leben, die in ihrem Abschlussbericht die wichtigsten Gesichtspunkte im Umgang mit den Daten aus nicht-repräsentativen Online-Access-Panels festhält (Baker et al., 2010). Demnach eignen sich die daraus bezogenen Daten nicht zur akkuraten Beschreibung der Grundgesamtheit, sind allerdings auch nicht grundsätzlich abzulehnen. Die Abweichungen beruhen auf Abdeckungsfehlern und auf onlinespezifischer Non-Response (Baker et al., 2010, S. 713, 725). Dies führt zu onlinetypischen Antwortverzerrungen, die immer wieder beobachtet werden. Beispielsweise geben Personen online häufiger depressiver Symptome an (im Vergleich zu Telefonbefragungen berichten etwa Taylor, Krane und Thomas (2005) einen Unterschied von +28%) bzw. machen häufiger Angaben zu sensiblen Themen, wie psychischen Erkrankungen (Hines, Douglas & Mahmood, 2010). Der Vergleich repräsentativer Telefonbefragungen und nicht-repräsentativer Online-Befragungen zeigt außerdem, dass sich die Verzerrungen auch nicht immer durch eine Gewichtung von Daten beheben lassen (Yeager et al., 2011). Selten sind allerdings Methodenvergleiche, in denen Zusammenhangsmaße zwischen den verschiedenen Erhebungsmodi verglichen werden (eine Ausnahme ist z.B. Ansolabehere und Schaffner (2014, S. 291–293)). Die Studie zeigt beispielsweise auf dem Feld der Wahlforschung nur geringe Differenzen zwischen den Erhebungsmodi (insb. für Telefon vs. Online) für Zusammenhangsmaße (Ansolabehere & Schaffner, 2014, S. 300).
Für die vorliegende Untersuchung erfüllt die zweiwellige Online-Panelbefragung die Funktion, die repräsentative Querschnittsbefragung zu ergänzen und Hinweise darauf zu liefern, wie identifizierte Zusammenhänge kausal interpretiert werden können. Dafür kommen autoregressive Modelle zum Einsatz (Geiser, 2011, S. 132–151), die mit dem Softwarepaket Mplus geschätzt wurden. Für eine ausführliche methodische Diskussion der Analyse von Paneldaten sei auf Matthes (2007, S. 221–230) verwiesen.

Sofern es sich dabei um Zusammenhänge von hoher Generalisierbarkeit handelt und diese zudem unabhängig vom Erhebungsmodus sind, ist es nach Leiner (submitted) wahrscheinlich, dass die Befunde aus der Online-Panelbefragung annähernd ähnlich zu den Befunden in der Grundgesamtheit sind. Dies trifft jedoch nicht zwingend auf die Effektstärken zu. Um einen Eindruck von der Vergleichbarkeit der beiden Erhebungsmodi zu bekommen, finden sich nachfolgend einige Zusammenhänge zwischen zentralen Untersuchungsgrößen (Punktschätzer und Zusammenhangsmaße) exemplarisch gegenübergestellt (vgl. Tabelle 11). Der Vergleich und alle weiteren Analysen beziehen sich nur auf Befragungsteilnehmer, die an beiden Befragungswellen vollständig teilgenommen haben (n = 1.377). Der Vergleich zwischen der Telefonbefragung und den beiden Wellen der Panelbefragung

[80] Eine Ausnahme davon bilden Befragungen im Zusammenhang mit Wahlen (Baker et al., 2010, S. 712), die durch gewisse Gewichtungsverfahren vergleichbare Befunde wie in repräsentativen Befragungen mit anderem Erhebungsmodus zutage fördern konnten.

zeigt, dass der Anteil derer, die nach dem BDI-V_T-Inventar als Personen mit hohem Depressionsgrad eingestuft werden können,[81] in beiden Wellen der Panelbefragung mehr als doppelt so hoch ist (1. Welle: Männer: 24.6%, Frauen: 28.5%; 2. Welle: Männer: 21.1%, Frauen: 24.4%) als in der Repräsentativstichprobe für Deutschland (Männer: 9.2%, Frauen: 12.4%). Die Tendenz, wonach Frauen höhere Werte für Depressionen aufweisen, ist allerdings on- wie offline gleich und deckt sich mit der diesbezüglichen Forschung (Kendler et al., 2005, 2006; Möller-Leimkühler, 2005). Die Werte stimmen überdies mit anderen epidemiologischen Studien für Deutschland aus früheren Jahren überein, in denen die Prävalenz von Depressionen bei Männern auf 5–12%, bei Frauen auf 12–20% geschätzt wurde (Möller-Leimkühler, 2009, S. 413). Der Anteil vollkommener Symptomfreiheit wird dagegen in den beiden Wellen der Online-Befragung unterschätzt, was an die Befunde der genannten Methodenstudien anknüpft (Hines et al., 2010; Taylor et al., 2005; Tourangeau & Yan, 2007, S. 865). Dementsprechend liegt auch der Anteil derer mit erhöhter Suizidgefahr (oberhalb des Cut-offs der Skala zur Erfassung der Suizidalität) in der ersten Welle der Online-Erhebungen für Männer und Frauen etwa um das Doppelte höher als in der repräsentativen Telefonbefragung. In der zweiten Welle nähern sich die Prozentanteile der Männer denen aus der Telefonbefragung an. Bei den Frauen beträgt der Anteil mit erhöhter Suizidgefahr dagegen in der zweiten Welle der Panelbefragung weniger als die Hälfte des Anteils in der Telefonbefragung. Für das Mindestmaß an Skalenreliabilität (Cronbach's Alpha) zeichnet sich demgegenüber eine recht große Vergleichbarkeit ab: Cronbach's Alpha ist für den BDI-V_T in der heterogeneren bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe ein wenig niedriger als insgesamt im Panel, in dem die Übereinstimmung im Abstand von einem Monat wiederum groß ist. Dies verdeutlicht den Vorteil etablierter und vielerprobter Erhebungsinstrumente. Ähnlich stark ist auch die Korrelation zwischen dem BDI-V_T und dem Suizidalitätsindex. Die Korrelationskoeffizienten liegen in allen Datensätzen in einem Bereich von $r = .39$ bis $r = .50$. Wir interpretieren diesen Vergleich als eine Bestätigung unseres Vorgehens. Für deskriptive Beschreibungen der Grundgesamtheit und repräsentative Zusammenhänge stützen wir uns auf die bevölkerungsrepräsentative Stichprobe und die Antworten der Telefonbefragung, für Anhaltspunkte nach der zeitlichen Stabilität und Kausalität der Zusammenhänge nehmen wir auf die online erhobene Panelbefragung Bezug.

---

81 Zur Erinnerung: Als Personen mit hohem Depressionsgrad wurden alle Befragten ab einem BDI-V_T-Score von 57 oder höher (= Cut-off-Wert) aufgefasst. Teilnehmer, die Punktscores von 17 bis 24 erreichten, wurden als Personen mit niedrigem Depressionsgrad klassifiziert. Zu Personen mittleren Depressionsgrades wurden alle Befragten gezählt, deren Scores von 25 bis 56 reichten.

Tabelle 11.
Vergleich zentraler Untersuchungsgrößen nach verschiedenen Erhebungsmodi

	Repräsentativstichprobe (Telefon)		Online-Fragebogen Paneldaten (T_0)		Online-Fragebogen Paneldaten (T_1) (+ 1 Monat)	
	Männer *n* = 975	*Frauen* *n* = 1027	*Männer* *n* = 541	*Frauen* *n* = 836	*Männer* *n* = 541	*Frauen* *n* = 836
$M_{BDI\text{-}VT}$	35.35	37.44	43.96	47.10	42.17	45.02
$SD_{BDI\text{-}VT}$	14.15	16.67	17.66	17.87	18.11	18.99
$M_{suicidality}$	3.32	3.47	4.12	4.20	2.76	2.74
$SD_{suicidality}$	1.77	1.89	2.26	2.19	1.86	1.73
Anteil schwerer depressiver Symptomatik[a] (%)	9.2	12.4	24.6	28.5	21.1	24.4
Anteil völliger Symptomfreiheit (%)	2.4	3.3	1.9	0.5	2.7	1.5
Anteil erhöhter Suizidgefahr (%)	2.5	4.3	7.3	8.4	3.4	1.9
Interne Konsistenz Alpha (17 items)	.87	.90	.91	.91	.92	.92
Korrelation BDI-V_T – Suizidalität	.39**	.43**	.46**	.49**	.50**	.49**

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
BDI-V_T = Telefonversion des vereinfachten Beck-Depressionsinventars; niedrige Werte bedeuten eine geringe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten depressiver bzw. suizidaler Symptome bzw. niedrigere Nutzungsdauer oder geringeres Selbstbewusstsein. Die Beobachtungshäufigkeit der 17 Symptome einer depressiven Erkrankung wurden jeweils auf einer 7-stufigen Skala von 0 „gar nicht/nie" bis 6 „sehr häufig" erfasst;
Skala zur Abschätzung der Suizidalität nach (Haenel & Pöldinger, 1986); Wertebereich von 0–16; Cut-off-Wert ≥ 8, vgl. (Althaus & Hegerl, 2004, S. 1129); einseitige Korrelation nach Pearson
[a] Für die Interpretation der Prävalenzzahlen von depressiven Erkrankungen ist überdies ausgesprochen wichtig, das zugrunde liegende Verständnis und die spezifische Erhebungsweise von Depressionen bzw. depressiven Symptomen zu berücksichtigen. So treten „depressive Symptome oder vorübergehende Depressivität" (Wittchen & Jacobi, 2006, S. 16) epidemiologischen Untersuchungen zufolge mit insgesamt ca. 26% dreimal häufiger auf als eine depressive Erkrankung (Major Depression) im Sinne der DSM-V-Kriterien, die bei ungefähr 8% der Personen beobachtet wird.

Da ein Großteil der Teilnehmer des Online-Access-Panels (Leiner, 2012) in die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen fällt, sollen hier ergänzende deskriptive Vergleiche für diese Altersgruppe, weiter getrennt nach Geschlecht und den verschiedenen Erhebungsmodi, dargestellt werden. Übersichtsartig ist dies in der folgenden Tabelle 12 abgebildet. Im Fokus steht der Anteil derjenigen mit einer schweren depressiven Symptomatik (in %), der Anteil derjenigen, die völlig symptomfrei sind (in %), sowie die Zusammenhänge zwischen dem BDI-V_T und der TV-Nutzungsdauer (in Minuten), der Internetnutzungsdauer (in Minuten), der Self-Esteem-Skala und der Suizidalitätsskala.

Für die Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen zeigen die Online-Erhebungen auch eine für den Erhebungsmodus spezifische Überschätzung des Anteils Depressiver (sowohl bei Frauen als auch bei Männern), nicht jedoch eine konsistente Unterschätzung des Anteils der völlig symptomfreien Personen. So ist etwa der Anteil völlig symptomfreier Männer in der zweiten Welle der Panelbefragung beinahe doppelt so hoch (3.2%) wie in der Telefonbefragung (1.2%). Geringe Übereinstimmung zeigt sich auch hinsichtlich des Zusammenhangs von Depressionsgrad und Nutzungsdauer des Fernsehens bzw. des Internets (in Minuten). Telefonstichprobe und Online-Stichprobe sind dafür nicht vergleichbar. Das kann auch auf erhebungsspezifische Ursachen zurückzuführen sein. Allerdings sind die Zusammenhänge in den beiden Wellen der Online-Panelbefragung weitgehend ähnlich hinsichtlich ihrer Richtung und Stärke. Ein anderes Bild ergibt sich dagegen für die Zusammenhänge zwischen Depressionen und Self-Esteem bzw. Suizidalität. Die Korrelationskoeffizienten für den Zusammenhang zwischen BDI-V_T und Self-Esteem liegen über alle Erhebungsmodi hinweg zwischen $r = -.54$ und $r = -.76$. Der Zusammenhang zwischen BDI-V_T und Suizidalität liegt in der Altersgruppe der 20- bis 39-Jährigen zwischen $r = .45$ und $r = .57$. Wir bleiben daher selbst für die vermeintlich aussagekräftigere Altersgruppe derjenigen, die in dem Online-Access-Panel besonders stark vertreten sind, bei unserer zuvor beschriebenen Auswertungsstrategie: Für deskriptive Analysen und aussagekräftige Zusammenhänge zum Spannungsfeld Depression – Medien – Suizid in der bundesdeutschen Bevölkerung greifen wir auf die Daten der Telefonbefragung zurück. Um Anhaltspunkte für die Stabilität und Kausalitätsrichtung dieser Zusammenhänge zu gewinnen, stützen wir uns auf die beiden Wellen der Online-Panelbefragung.

Tabelle 12.
Vergleich zentraler Untersuchungsgrößen nach verschiedenen Erhebungsmodi für eine onlineaffine Altersgruppe (20-39 Jahre)

	Repräsentativstichprobe (Telefon)		Online-Fragebogen Paneldaten (T_0)		Online-Fragebogen Paneldaten (T_1) (+ 1 Monat)	
	Männer 20–39 Jahre *n* = 263	*Frauen 20–39 Jahre* *n* = 296	*Männer 20–39 Jahre* *n* = 256	*Frauen 20–39 Jahre* *n* = 575	*Männer 20–39 Jahre* *n* = 256	*Frauen 20–39 Jahre* *n* = 575
Anteil schwerer depressiver Symptomatik[a] (%)	9.1	13.3	31.4	32.4	26.3	27.1
Anteil völliger Symptomfreiheit (%)	1.2	2.5	1.6	0.4	3.2	1.2
Korrelation BDI-V_T – TV-Nutzungsdauer (min)	.30**	.22**	.05	.06	.05	.04
Korrelation BDI-V_T – Internet-Nutzungsdauer (min)	.11*	.05	.01	.14**	.05	.09*
Korrelation BDI-V_T – Self-Esteem Scale	–.56**	–.62**	–.69**	–.73**	–.68**	–.76**
Korrelation BDI-V_T – Suizidalität	.51**	.53**	.46**	.52**	.45**	.52**

Anmerkung. * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
BDI-V_T = Telefonversion des vereinfachten Beck-Depressionsinventars; niedrige Werte bedeuten eine geringe Wahrscheinlichkeit für das Auftreten depressiver bzw. suizidaler Symptome bzw. niedrigere Nutzungsdauer oder geringeres Selbstbewusstsein. Die Beobachtungshäufigkeit der 17 Symptome einer depressiven Erkrankung wurden jeweils auf einer 7-stufigen Skala von 0 „gar nicht/nie" bis 6 „sehr häufig" erfasst;
dt. Version der Self-Esteem-Skala nach (Collani & Herzberg, 2003b), nur vollständige Antworten;
Skala zur Abschätzung der Suizidalität nach (Haenel & Pöldinger, 1986); Wertebereich von 0–16; Cut-off-Wert ≥ 8, vgl. (Althaus & Hegerl, 2004, S. 1129); einseitige Korrelation nach Pearson
[a] Für die Interpretation der Prävalenzzahlen von depressiven Erkrankungen sind überdies das zugrunde liegende Verständnis und die spezifische Erhebungsweise von Depressionen bzw. depressiven Symptomen wichtig. So treten „depressive Symptome oder vorübergehende Depressivität" (Wittchen & Jacobi, 2006, S. 16) epidemiologischen Untersuchungen zufolge mit insgesamt ca. 26% dreimal häufiger auf als eine depressive Erkrankung (Major Depression) im Sinne der DSM-V-Kriterien, die bei ungefähr 8% der Personen beobachtet wird.

8 Ergebnisse der empirischen Studien

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich an dem konzeptionellen Modell, das der Untersuchung zugrunde liegt. Dieses integriert (unter Berücksichtigung des sozialen Kontexts sowie psychosozialer und biologischer Einflüsse) strukturelle Zusammenhänge zwischen Depression, Medienzuwendung und Suizidalität. Das Modell ist auf Suizidalität als Zielgröße ausgerichtet und beruht auf der Annahme, dass in diesem Kontext eine auf entsprechenden biologischen bzw. psychosozialen Faktoren beruhende Depression einen wichtigen Ausgangspunkt für die Medienzuwendung darstellt. Dazu wurden insgesamt drei Themenkomplexe definiert, zu denen jeweils drei Forschungsfragen formuliert wurden.

Die Darstellung der Ergebnisse gliedert sich in insgesamt vier Abschnitte. Zuerst werden die zentralen Untersuchungsgrößen der vorliegenden Studie, Depression und Suizidalität, sowie deren prädisponierende Faktoren aus dem sozialen Kontext, aber auch biologische und psychosoziale Faktoren von Depression und Suizidalität deskriptiv ausgewertet. Nach der Stichprobendeskription hinsichtlich der Kerngrößen der Untersuchung folgen die Analysen zur Beantwortung der Forschungsfragen zu den insgesamt drei Themenkomplexen dieser Untersuchung. Dieses Vorgehen lässt sich damit begründen, dass im Detail nach wie vor unklar ist, inwiefern die Medienzuwendung eine negativ verstärkende oder positiv abschwächende Wirkung zwischen Depression und Suizidalität entfaltet. Die bisherige Befundlage lässt bislang keine gerichteten Hypothesen zu. Der jeweils thematisierte Themenkomplex wird zu Beginn der drei Abschnitte grafisch im Gesamtmodell veranschaulicht. Am Ende jedes Themenkomplexes findet eine (stichpunktartige) Zusammenfassung der Kernbefunde statt, wobei deren Bedeutung für die Gesamtuntersuchung und für das Forschungsfeld herausgearbeitet wird.

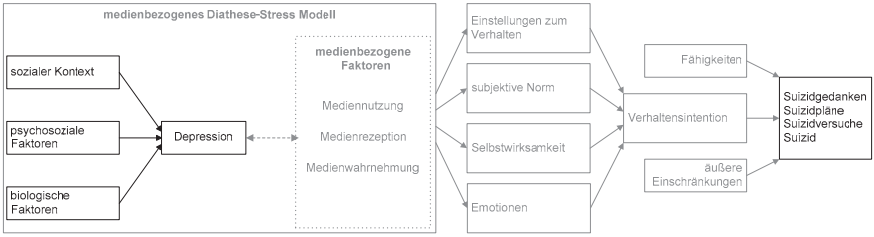
Die gemeinsame Prüfung mehrerer definierter Ursachen auf Basis einer belastbaren Stichprobe erscheint heute überfällig. Für darüber hinausgehende Hinweise auf die zeitliche Stabilität der Befunde zu den drei Themenkomplexen wird auf die zweiwellige Online-Panelbefragung zurückgegriffen. Sofern Längsschnittanalysen präsentiert werden, findet sich der Übersichtlichkeit wegen an den entsprechenden Stellen ein Hinweis darauf.

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_8,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

8.1 Deskriptive Befunde

Vor der Beantwortung der Forschungsfragen aus den drei Themenkomplexen werden die zentralen Untersuchungsgrößen Depressionen und Suizidalität im Rahmen der deskriptiven Statistik ins Zentrum gestellt. In dem Gesamtmodell, das dieser Untersuchung zugrunde liegt, widmet sich der erste Abschnitt also den Grundannahmen an den beiden Enden des Modells (vgl. die Betonung in Abbildung 21).

Abbildung 21. Verortung der deskriptiven Befunde im Gesamtmodell



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Das Vorgehen orientiert sich an Hawton, Casañas i Comabella, Haw und Saunders (2013) bzw. Müters, Hoebel und Lange (2013). Bevor medienspezifische Einflüsse auf Depressionen bzw. Suizidalität oder deren gemeinsame Einflussstrukturen betrachtet werden, stehen die Determinanten der Kerngrößen dieser Untersuchung im Mittelpunkt. Im Anschluss daran werden die Fragestellungen entsprechend der drei Themenkomplexe dieser Untersuchung beantwortet.

8.1.1 Depression in Deutschland

Auf Basis der gewichteten Repräsentativdaten aus der Telefonbefragung lässt sich der Anteil der Frauen, die nach dem BDI-V_T an einer Depression leiden, auf 12.4% in der bundesdeutschen Bevölkerung schätzen, der Anteil unter den Männern liegt bei 9.2%. Der Gesamtanteil an Personen mit einer depressiven Symptomatik liegt bei 10.9%. Diese Werte decken sich grob mit den ebenfalls repräsentativen Zahlen aus dem „Zusatzmodell psychische Gesundheit“ des aktuellen Bundesgesundheitssurveys, das auf insgesamt 5.317 Face-to-Face-Befragungen aus den Jahren 2009 bis 2012 basiert (Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014). Hier wird die Häufigkeit unipolarer Depressionen (12-Monats-Prävalenz) insgesamt auf 7.7% (95% CI [6.9%, 8.6%])

geschätzt, nur für Männer auf 4.8% (95% CI [4.0%, 5.7%]) und nur für Frauen auf 10.6% (95% CI [9.2%, 12.2%]). Dass die Werte der vorliegenden Untersuchung oberhalb der Werte von Jacobi, Höfler, Siegert et al. (2014) liegen, dürfte einerseits an der Erhebungsmethode liegen und andererseits am Prävalenzzeitraum von zwei Wochen, der für die Befragung festgelegt wurde – dafür lieferte bereits Tabelle 4 Anhaltspunkte. Die Tabelle enthält zwei Studien, die einen Prävalenzzeitraum von zwei Wochen zugrunde legen, und sechs Studien, die einen Prävalenzzeitraum von 12 Monaten untersuchen. Studien, die einen Prävalenzzeitraum von 12 Monaten zugrunde legen, zeigen für die Schätzer von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung eine größere Streuung als Studien mit einer kürzeren Prävalenzzeit. Außerdem ergeben sich im Face-to-Face-Interview tendenziell niedrigere Prävalenzzahlen, was unter anderem daran liegen könnte, dass die Befragten aufgrund der persönlichen Interviewsituation weniger dazu bereit sind, Fragen nach depressiven Symptomen ehrlich zu beantworten. Dies gilt laut Schmidt, Petermann, Beutel und Brähler (2011, S. 161) vielleicht besonders für Männer, die einer Interviewpartnerin gegenüberstehen.[82] Die Einflüsse des Geschlechts der Interviewer wurden in den aufgelisteten Arbeiten jedenfalls ebenso wenig überprüft wie geschlechtsspezifische Wahrnehmungen von Krankheiten oder Schmerzen (Schmidt et al., 2011, S. 161; Zimmer-Albert & Pogatzki-Zahn, 2011). Für einen sich überschneidenden Untersuchungszeitraum schätzen überdies Fuchs, Busch, Lange und Scheidt-Nave (2012) in einer CATI-Befragung den Anteil Depressiver in Deutschland auf 13%, während Jacobi, Höfler, Siegert et al. (2014) auf Basis von Face-to-Face-Interviews von den besagten knapp 8% ausgehen – die leicht höher liegenden Werte der vorliegenden Untersuchung erscheinen uns daher stimmig. Getrennt nach verschiedenen Altersgruppen sowie den Wohnregionen Ost und West zeigen sich die in Tabelle 13 abgebildeten Anteile in der bundesdeutschen Bevölkerung. Das Altersgefälle von Depressionen (jüngere Altersgruppen zeigen bei Jacobi, Höfler, Siegert et al. (2014) höhere Prävalenzzahlen für Depressionen als Ältere) zeigt sich dabei insgesamt nicht so deutlich, stattdessen kommt in der vorliegenden Untersuchung wieder verstärkt eine depressive Symptomatik im Alter vor. Das mag daran liegen, dass in der Studie von Jacobi, Höfler, Siegert et al. (2014) der „Patient Health Questionnaire“ (Kroenke et al., 2001) zum Einsatz kam, der darauf ausgelegt ist, insbesondere die Antwortvalenz älterer Patienten zu verbessern, da einige Symptome einer Depression auch altersbedingt auftreten. Für die Wohnregion zeigt sich dagegen wie bei Jacobi, Höfler, Strehle et al. (2014, S. 83) kein einheitliches Muster.

[82] Vgl. Habel und Schneider (2012) allgemeiner zu den Ursachen geschlechterspezifischer Unterschiede bei Depressionen.

Tabelle 13.
Punktprävalenz von Depression bzw. depressive Verstimmung nach Alter und Wohnregion (Ost, West). Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013)

	Alter					Wohnregion		Gesamt
	18–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60+ Jahre	Ost	West	
Frauen	12.5%	12.9%	10.8%	9.1%	15.3%	15.1%	11.6%	12.4%
Männer	11.0%	7.9%	6.6%	9.4%	11.6%	8.1%	9.6%	9.2%

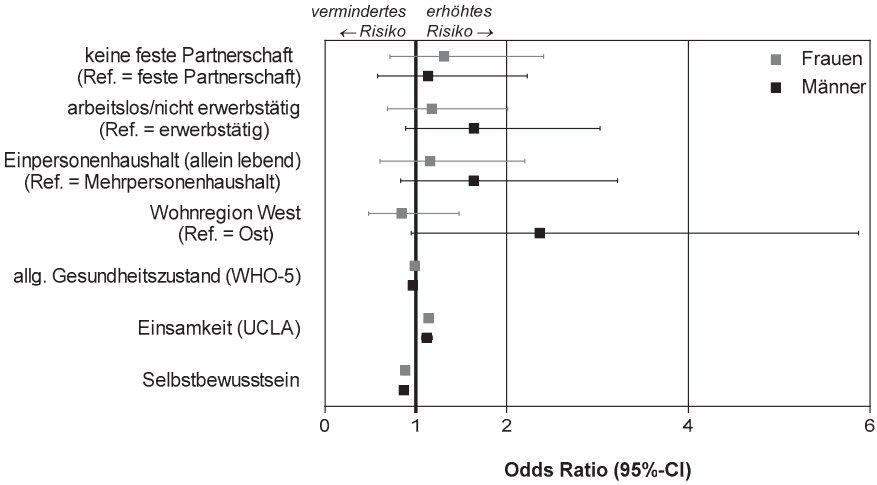
Anmerkungen. Depression gemessen anhand der Telefonversion des vereinfachten Beck-Depressionsinventars (BDI-V_T); erfasst wurde die Beobachtungshäufigkeit von 17 Symptomen einer depressiven Erkrankung jeweils auf einer 7-stufigen Skala von 0 „gar nicht/nie" bis 6 „sehr häufig" für den Zeitraum der letzten zwei Wochen; Cut-off-Wert ≥ 57 (eigene Berechnungen nach Schmitt et al., 2006).

Um die strukturellen Einflüsse verschiedener prädisponierender Merkmale auf Depressionen abzubilden, wurden binäre logistische Regressionsmodelle getrennt nach dem Geschlecht berechnet. Die abhängige Variable in den Modellen ist jeweils das Vorliegen einer depressiven Symptomatik, bemessen an dem verwendeten BDI-V_T-Inventar. Für das Vorliegen subklinisch depressiver Symptome bzw. eines „depressiven Syndroms" (Wittchen et al., 2010, S. 13) wurde ein Cut-off-Wert auf der BDI-V_T-Skala von einschließlich 57 errechnet (vgl. Kapitel 7.1.1). Als erklärende Variablen des sozialen Kontexts flossen „feste Partnerschaft", „Arbeitslosigkeit", „Anzahl der Personen im Haushalt" und „Wohnregion" in die Modelle ein. Als psychosoziale Faktoren wurden „Einsamkeit" und „Selbstwert", als biologischer Faktor der allgemeine Gesundheitszustand einbezogen. Das Alter wurde als Kovariate im Modell berücksichtigt. In Abbildung 22 sind die Odds Ratios angegeben, also der Faktor, um den sich die Wahrscheinlichkeit eines depressiven Syndroms in einer bestimmten Gruppe gegenüber einer Referenzgruppe erhöht. Der Faktor 1 (markierte vertikale Linie) steht dementsprechend für keinen relevanten Einfluss, Werte darunter zeigen Faktoren an, durch die sich die Wahrscheinlichkeit eines depressiven Syndroms verringert, Werte über 1 indizieren Faktoren, die das Depressionsrisiko erhöhen. Abgetragen sind in der Abbildung die Punktschätzer sowie deren 95%-Konfidenzintervall (vgl. Müters et al., 2013, S. 7).

Auf den ersten Blick wird deutlich (Cumming & Finch, 2005, S. 176), dass die Konfidenzintervalle der Variablen, die den psychosozialen und biologischen Kontext abdecken, deutlich kleiner sind, die Schätzer also weniger stark streuen. Der Grund dafür sind die verwendeten etablierten Skalen, zu deren Messung (UCLA-Loneliness-Skala, Self-Esteem-Skala, WHO-5-Skala). Die Variablen, die den sozialen Kontext abbilden, zeigen demgegenüber eine deutlich größere Varianz hinsicht-

lich ihres Einflusses auf Depressionen. In einem Modell, das nur den sozialen Kontext berücksichtigt, tritt hervor, dass sich bei Männern vor allem Arbeitslosigkeit und das Fehlen eines Partners negativ auf Depressionen auswirken, während bei Frauen der Einfluss dieser Variablen auf das Vorhandensein eines depressiven Syndroms schwächer ist. Obwohl die Modelle für beide Geschlechter insgesamt statistisch signifikant sind (Frauen: $\chi^2 = 23.55$, $df = 5$, $p < .001$; Männer: $\chi^2 = 34.98$, $df = 5$, $p < .001$), erklären sie nur einen geringen Teil der auftretenden Varianz (Frauen: $R^2 = .03$ [Cox & Snell], .05 [Nagelkerke]; Männer: $R^2 = .04$ [Cox & Snell], .09 [Nagelkerke]). Dies spricht dafür, dass die überprüften sozialen Merkmale allein nur eine eingeschränkte Erklärungskraft besitzen. In einem zweiten Schritt wurden daher die beiden anderen Einflussbereiche integriert, die im Rahmen des Gesamtmodells identifiziert wurden. Der Einschluss psychosozialer und biologischer Faktoren führte zu einem besseren Modell-Fit (Frauen: $\chi^2 = 217.19$, $df = 8$, $p < .001$; Männer: $\chi^2 = 184.81$, $df = 8$, $p < .001$) und einer deutlich höheren Varianzaufklärung (Frauen: $R^2 = .21$ [Cox & Snell], .39 [Nagelkerke]; Männer: $R^2 = .19$ [Cox & Snell], .42 [Nagelkerke]). Insbesondere der Selbstwert und die Einsamkeit tragen zur Erklärung von Depressionen bei, während der allgemeine Gesundheitszustand keinen signifikanten Erklärungsbeitrag liefert. Die Auswirkungen deuten dabei für beide Geschlechter in die gleiche Richtung: Ein höherer Selbstwert reduziert das Risiko einer Depression, Einsamkeit erhöht das Risiko bei Männern und Frauen.

Abbildung 22. Zusammenhänge zwischen prädisponierenden und soziodemografischen Merkmalen und Depression. Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013)



Anmerkungen. Frauen: R^2 = .21 (Cox & Snell), .39 (Nagelkerke). Model χ^2 (8) = 217.19, p < .001. Männer: R^2 = .19 (Cox & Snell), .42 (Nagelkerke). Model χ^2 (8) = 184.81, p < .001.
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.
Ergebnisse binär logistischer Regressionen unter Kontrolle des Alters beruhend auf einer bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung (CATI). Zielgröße ist der Cut-off-Wert des BDI-V_T (≥ 57), der das Vorliegen klinisch relevanter Symptome einer Depression (bzw. depressiven Syndroms) für den Zeitraum der letzten zwei Wochen (Punktprävalenz) erfasst. An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen, dass dieser Wert keine ärztliche Diagnose ersetzt.
Für den allgemeinen Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA) und Selbstwert stehen höhere Werte für eine bessere bzw. stärkere Ausprägung des gemessenen Konstrukts.

Insgesamt erhöhen das Fehlen einer festen Partnerschaft (Frauen: *OR* = 1.31, p = .38; Männer: *OR* = 1.14, p = .71), Arbeitslosigkeit (Frauen: *OR* = 1.18, p = .55; Männer: *OR* = 1.64, p = .11) und die Tatsache, alleine zu wohnen (Frauen: *OR* = 1.16, p = .66; Männer: *OR* = 1.64, p = .15) (= soziale Faktoren), das Risiko einer Depression bei Männern und Frauen, und zwar unabhängig vom Alter, das als Kovariate berücksichtigt wurde. Für die Wohnregion sind die Befunde dagegen weniger eindeutig: So senkt etwa im Westen zu wohnen bei Frauen das Depressionsrisiko (*OR* = 0.84, p = .55), während es bei Männern das Risiko für Depressionen erhöht (*OR* = 2.36, p = .06).

Psychosoziale und biologische Faktoren, die im Rahmen des Gesamtmodells bestimmt wurden, tragen ebenso zu Depressionen bei beiden Geschlechtern bei. Insbesondere psychosoziale Einflüsse werden in der bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe deutlich erkennbar: Während Einsamkeit das Depressionsrisiko erhöht (Frauen: $OR = 1.14$, $p < .001$; Männer: $OR = 1.12$, $p < .001$), senkt ein hoher Selbstwert dieses (Frauen: $OR = 0.88$, $p < .001$; Männer: $OR = 0.87$, $p < .001$). Im folgenden Abschnitt werden diese Einflussstrukturen im Zusammenhang mit Suizidalität untersucht.

8.1.2 Suizidalität in Deutschland

In einem zweiten Schritt sollen die strukturellen Einflüsse verschiedener prädisponierender Merkmale auf Suizidalität abgebildet werden. Dazu berechneten wir binäre logistische Regressionsmodelle getrennt nach dem Geschlecht. Die erklärenden Variablen sind vor dem Hintergrund der großen epidemiologischen Gemeinsamkeiten zwischen Depression und Suizidalität (vgl. Tabelle 6 und Kapitel 2.3) dieselben wie in Kapitel 8.1.1 (Variablen zu sozialer Kontext: „feste Partnerschaft“, „Arbeitslosigkeit“, „Anzahl der Personen im Haushalt“ und „Wohnregion“; psychosoziale Faktoren: „Einsamkeit“, „Selbstwert“; biologischer Faktor: „allgemeiner Gesundheitszustand“). Das Alter wurde als Kovariate berücksichtigt. Die abhängige Variable ist das Maß für erhöhte Suizidalität nach Haenel und Pöldinger (1986), für das ein Cut-off von mindestens 8 festgelegt wurde. Auf Basis der gewichteten Repräsentativdaten aus der Telefonbefragung lässt sich für die Gesamtbevölkerung der Anteil an Personen mit erhöhter Suizidalität auf 3.4% schätzen, der Anteil der Frauen mit erhöhter Suizidalität liegt in der Bundesbevölkerung bei 4.3% und derjenige der Männer bei 2.5%. Althaus und Hegerl (2004, S. 1125) schätzen die Wahrscheinlichkeit eines Suizids über die gesamte Lebenszeit in der deutschen Bevölkerung niedriger ein, nämlich für Männer auf 1.5% und für Frauen auf 0.7%. Überdies ist das Suizidrisiko gerade bei älteren Personen, speziell Männern, im höheren Alter um den Faktor 6–9 höher als beim Rest der Bevölkerung. Tabelle 14 zeigt die Lebenszeitprävalenz von Suizidalität in der vorliegenden Untersuchung. Der Anteil der Personen mit erhöhter Suizidalität ist unter Frauen höher als bei Männern. Ein deutlicher Anstieg der Suizidalität mit zunehmendem Alter ist im Gegensatz zu anderen Studien nicht auszumachen. Man muss dabei allerdings bedenken, dass die verwendete Skala (Haenel & Pöldinger, 1986) sowohl Suizidgedanken als auch -versuche und -pläne erfasst. Weil darin also auch Suizidversuche abgefragt werden, erscheint es plausibel, dass die Schätzungen der Suizidalität bei Frauen höher als bei Männern liegt, da Suizidversuche bei Frauen deutlich häufiger vorkommen als bei Männern. Während sich Suizide anhand der amtlichen Statistik bemessen lassen, gibt es für Suizidversuche nur grobe Schätzungen, die von einer um den Faktor 10

im Vergleich zu Suiziden höheren Anzahl ausgehen. Suizidversuche sind (im Gegensatz zu Suiziden) bei Frauen deutlich häufiger zu beobachten (Berking & Radkovsky, 2012, S. 61; Wolfersdorf, 2008a, S. 1324). Ferner spiegelt die vorliegende Studie den epidemiologischen Befund wider, wonach die Zahl der Suizidversuche mit höherem Alter stark abnimmt. Dies erklärt, warum auch die in der Studie ermittelte Suizidalität sowohl für Männer als auch für Frauen mit dem Alter abnimmt. Das Maß reflektiert eben stärker Suizidversuche, Suizidgedanken und Suizidpläne. Unterschiede hinsichtlich der Wohnregion sind für die Suizidalität in Deutschland nicht auszumachen.

Tabelle 14.
Lebenszeitprävalenz von Suizidalität nach Alter und Wohnregion (Ost, West). Repräsentativbefragung (CATI) für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013)

	Alter					Wohnregion		Gesamt
	18–29 Jahre	30–39 Jahre	40–49 Jahre	50–59 Jahre	60+ Jahre	Ost	West	
Frauen	5.4%	4.2%	3.4%	7.2%	2.3%	2.7%	4.7%	4.3%
Männer	3.4%	4.4%	1.4%	2.7%	2.0%	1.5%	2.5%	2.5%

Anmerkungen. Skala zur Abschätzung der Suizidalität nach (Haenel & Pöldinger, 1986); Wertebereich von 0–16; Cut-off-Wert ≥ 8, (vgl. Althaus & Hegerl, 2004, S. 1129).

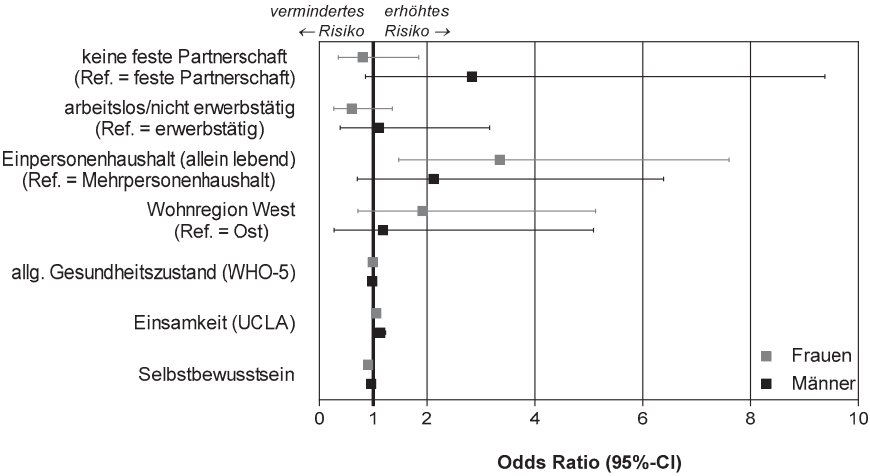
Da die Schätzungen für Suizidgedanken in Deutschland zwischen 14 und 20% in der Allgemeinbevölkerung schwanken und bei ca. 50% nach Auskunft von Ärzten liegen (Arolt, Reimer & Dilling, 2007, S. 353), wurden hier gesondert die drei Items betrachtet, die Suizidgedanken abbilden („Haben sich Ihnen schon einmal Selbstmordgedanken aufgedrängt?“, „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, sich das Leben zu nehmen?“, „Haben Sie sehr häufig daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“). Es wird hier betrachtet, wie viele Personen auf zumindest eine dieser drei Fragen mit „Ja“ antworteten. Der entsprechend geschätzte Anteil an Suizidgedanken in Deutschland (Lebenszeitprävalenz) beträgt bei den Männern 27.1% und bei den Frauen 27.9%.[83]

[83] Der Wert misst also das Auftreten einer Form von Suizidgedanken bis zum Befragungszeitpunkt. Das heißt, der Anteil der Suizidgedanken in der bundesdeutschen Bevölkerung liegt bei Männern etwa um den Faktor 11, bei Frauen um den Faktor 7 höher als der Anteil derer, die Anzeichen für ein suizidales Syndrom aufweisen.

Um die strukturellen Einflüsse verschiedener prädisponierender Merkmale auf die Suizidalität abzubilden, wurden binäre logistische Regressionsmodelle getrennt nach dem Geschlecht berechnet. Die in den Modellen abhängige Variable ist jeweils das Vorliegen erhöhter Suizidalität. Diese wurde anhand der Skala nach Haenel und Pöldinger (1986) bemessen und dafür ein Cut-off von mindestens 8 auf dem Erhebungsinstrument festgelegt. Die erklärenden Variablen sind dieselben wie für Depression (sozialer Kontext: „feste Partnerschaft", „Arbeitslosigkeit", „Anzahl der Personen im Haushalt", „Wohnregion"; psychosoziale Faktoren: „Einsamkeit", „Selbstwert"; biologischer Faktor: „allgemeiner Gesundheitszustand"). Das Alter wurde als Kovariate berücksichtigt. In Abbildung 23 sind wieder die entsprechenden Odds Ratios einer erhöhten Suizidalität abgebildet. Der soziale Kontext zeigt eine größere Varianz beim Einfluss auf die Suizidalität von Männern und Frauen. In einem ersten Schritt wurde nur der soziale Kontext modelliert.

Dabei zeigt sich, dass bei Männern vor allem das Fehlen einer partnerschaftlichen Beziehung zu einer erhöhten Suizidalität beiträgt, während bei Frauen vor allem die Tatsache, alleine zu wohnen, mit einer erhöhten Suizidalität verbunden ist. Obwohl die Modelle für Männer und Frauen insgesamt statistisch signifikant sind (Frauen: $\chi^2 = 16.37$, $df = 5$, $p < .01$; Männer: $\chi^2 = 24.55$, $df = 5$, $p < .001$), erklären sie nur einen geringen Teil der auftretenden Varianz (Frauen: $R^2 = .02$ [Cox & Snell], .06 [Nagelkerke]; Männer: $R^2 = .03$ [Cox & Snell], .13 [Nagelkerke]). Auch hinsichtlich der Suizidalität zeichnet sich also die eingeschränkte Erklärungskraft der überprüften sozialen Merkmale. In einem zweiten Schritt wurden daher psychosoziale und biologische Faktoren berücksichtigt. Der Einschluss psychosozialer und biologischer Faktoren führte zu einem besseren Modell-Fit (Frauen: $\chi^2 = 58.10$, $df = 8$, $p < .001$; Männer: $\chi^2 = 47.47$, $df = 8$, $p < .001$) und einer deutlich höheren Varianzaufklärung (Frauen: $R^2 = .06$ [Cox & Snell], .20 [Nagelkerke]; Männer: $R^2 = .05$ [Cox & Snell], .26 [Nagelkerke]). Bei Männern begünstigt insbesondere Einsamkeit eine erhöhte Suizidalität, bei Frauen der soziale Faktor, alleine zu wohnen, und tendenziell der psychosoziale Faktor Einsamkeit, während ein höherer Selbstwert mit einem geringeren Risiko für Suizidalität einhergeht.

Abbildung 23. Zusammenhänge zwischen prädisponierenden und soziodemografischen Merkmalen und Suizidalität repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland (Stand: August 2013)



Anmerkungen. Frauen: R^2 = .06 (Cox & Snell), .20 (Nagelkerke). Model χ^2 (8) = 58.10, p < .001. Männer: R^2 = .05 (Cox & Snell), .26 (Nagelkerke). Model χ^2 (8) = 47.47, p < .001.
* p < .05, ** p < .01, *** p < .001.
Ergebnisse binär logistischer Regressionen unter Kontrolle des Alters beruhend auf einer bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung (CATI). Zielgröße ist der Cut-off-Wert der Suizidalitätsskala nach Haenel und Pöldinger (1986) (≥ 8).

Insgesamt erhöht von den sozialen Faktoren die Tatsache, alleine zu wohnen (Frauen: *OR* = 3.35, p < .01; Männer: *OR* = 2.12, p = .18), das Risiko für erhöhte Suizidalität ebenso wie die Tatsache, im Westen zu wohnen (Frauen: *OR* = 1.92, p = .20; Männer: *OR* = 1.18, p = .83). Uneinheitlich für beide Geschlechter ist dagegen der Einfluss des Fehlens einer festen Partnerschaft (Frauen: *OR* = 0.80, p = .61; Männer: *OR* = 2.83, p = .09) und von Arbeitslosigkeit (Frauen: *OR* = 0.60, p = .22; Männer: *OR* = 1.11, p = .85) auf das Risiko erhöhter Suizidalität, und zwar unabhängig vom Alter, das in den Modellen als Kovariate berücksichtigt wurde. So erhöht bei Männern etwa das Fehlen eines Lebenspartners oder Arbeitslosigkeit das Risiko für Suizidalität, während diese beiden sozialen Faktoren bei Frauen das Risiko für Suizidalität eher reduzieren.

Psychosoziale und biologische Faktoren tragen ebenso zur Suizidalität bei beiden Geschlechtern bei. Insbesondere Einsamkeit erhöht sowohl für Frauen als auch für

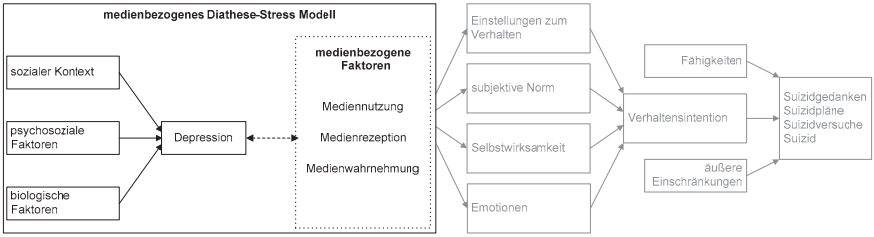
Männer das Risiko für Suizidalität (Frauen: *OR* = 1.06, p = .05; Männer: *OR* = 1.13, p < .01). Ein besserer allgemeiner Gesundheitszustand (Frauen: *OR* = 0.99, p = .72; Männer: *OR* = 0.98, p = .61) und ein hoher Selbstwert senken demgegenüber bei Männern und Frauen das Suizidalitätsrisiko (Frauen: *OR* = 0.90, p < .001; Männer: *OR* = 0.96, p = .15).

Damit sind grundlegende Einflussstrukturen des theoretischen Gesamtmodells sowohl für Depressionen als auch für Suizidalität in Deutschland skizziert. Es wurde gezeigt, dass vor allem soziale und psychosoziale Einflussfaktoren für Depressionen und Suizidalität von Bedeutung sein können. Demgegenüber zeigten sich kaum Einflüsse des biologischen Faktors „allgemeiner Gesundheitszustand" auf die Schwere einer Depression bzw. die Suizidalität.

8.2 Themenkomplex 1: Medienbezogenes Diathese-Stress-Modell

Nachdem einige grundlegende Einflüsse auf Depressionen und Suizidalität in Deutschland untersucht wurden, soll nun der erste Themenkomplex bearbeitet werden, dem insgesamt drei Forschungsfragen zugeordnet sind. Der erste Themenkomplex fokussiert auf das medienbezogene Diathese-Stress-Modell und unterscheidet zwischen Zusammenhängen von Depression und Mediennutzung, Medienrezeption und Medienwahrnehmung. Der entsprechende Bereich findet sich unten im Modell hervorgehoben. Der folgende Abschnitt widmet sich diesem markierten Bereich.

Abbildung 24. Verortung der deskriptiven Befunde im Gesamtmodell



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Die dazugehörigen Forschungsfragen lauten:

F1.1 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Mediennutzung, also z.B. auf die Art der genutzten Medien, die Dauer der Nutzung sowie spezifische Genrepräferenzen und Motive zu deren Nutzung?*

F1.2 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Medienrezeption, also z.B. auf die Intensität parasozialer Beziehungen, von Mood Management oder die Erinnerung an bestimmte Medieninhalte?*

F1.3 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf die individuelle Medienwahrnehmung, also z.B. auf die Intensität von Third-Person-Wahrnehmungen?*

Die Forschungsfragen fokussieren also auf den Stellenwert von Depressionen für die Zuwendung zu Medien. Die sozialen, psychosozialen und biologischen Einflussvariablen, die bereits besprochen wurden, sollen dabei kontrolliert werden. Entsprechend der formulierten Forschungsfragen zu den drei Bereichen der Medienzuwendung wurden stellvertretend einige Aspekte herausgegriffen, für die der Einfluss eines unterschiedlichen Schweregrades einer Depression abgebildet werden soll. Dieser Schweregrad richtet sich nach der medizinischen Unterscheidung (vgl. Abbildung 6) und ist unterteilt in eine leichte, mittlere und schwere Form eines depressiven Syndroms. Die schwere Form wird als zutreffend definiert für diejenigen Personen, die oberhalb des errechneten Cut-off-Wertes der BDI-V_T-Skala liegen.

8.2.1 Mediennutzung im Kontext von Depression (F1.1)

Mediennutzungsdauer

Die erste Forschungsfrage zu dem Themenkomplex (F1.1) fragt nach den Einflüssen von suizidrelevanten Prädispositionen auf die individuelle Mediennutzung. Mediennutzung wird dabei weiter differenziert nach der Dauer der Nutzung verschiedener Medien, der Präferenz für bestimmte Genres und der Motive, die hinter der Mediennutzung stehen. Die Analysen unterscheiden jeweils nach dem Depressionsgrad als suizidrelevanter Disposition, und zwar für Personen mit einer leichten, mittleren oder schweren Depression. Im Rahmen der Analysen wurden auch Kontrastierungen zwischen leichten und schweren Depressionen vorgenommen. Einige wertvolle Hinweise dazu lieferten bereits Primack, Swanier, Georgiopoulos, Land und Fine (2009), die feststellten, dass (unter Kontrolle von Drittvariablen) insbesondere eine erhöhte Nutzung des Fernsehens mit Depressionen verbunden ist. Jede zusätzliche Stunde täglicher Fernsehnutzung zum ersten Befragungszeitpunkt

führte in deren Studie sieben Jahre später zu einer um den Faktor 1.08 (95% CI [1.01, 1.16]) erhöhten Wahrscheinlichkeit für Depressionen (Primack et al., 2009). Ferner deuten die Befunde darauf hin, dass die Mediennutzungsdauer insgesamt bei Depression erhöht ist (OR 1.05 (95% CI [1.0004, 1.10])). Gleichzeitig belegt das Sample aus Jugendlichen (*Survey of Adolescent Health*) keine Effekte für die Nutzung von Videos, Computerspielen und Radio. Die Nutzung neuerer Medienformen, wie beispielsweise Videoplattformen, spielte in der Untersuchung noch überhaupt keine Rolle.

In einem ersten Schritt fokussiert die vorliegende Untersuchung die Stärke des Effekts eines unterschiedlichen Depressionsgrades auf die Mediennutzungsdauer. Es zeigt sich für die Mediennutzung (auch nicht tagesaktueller Medien wie Musik oder PC-Spiele), insbesondere für das Fernsehen ($r = .15$, $p < .001$) und die Musiknutzung ($r = .09$, $p < .001$), aber auch für die Nutzung von Magazinen und Zeitschriften ($r = .06$, $p = .02$) eine erhöhte absolute Nutzungsdauer in Minuten bei schwererer Depression. Dies stützt die These der verstärkten Nutzung von Medien, die mit geringerem Aufwand verbunden sind (vgl. Kapitel 4.2). Dabei wurden auch die Einflüsse von Depression auf die Nutzung spezieller Internetanwendungen, wie Videoplattformen oder Internetforen mit Gesundheitsbezug, in der repräsentativen Stichprobe untersucht. Auch hierfür (man beachte die unterschiedliche Skalierung) zeigen sich teilweise deutliche Effekte des Depressionsgrades auf den Nutzungsumfang. So geht etwa (Stand: August 2013) ein schweres depressives Syndrom mit einer höheren Nutzung von Foren mit gesundheitlichem Themenschwerpunkt bzw. Selbsthilfeforen ($r = .11$, $p < .001$), der Nutzung sozialer Netzwerke ($r = .11$, $p < .001$) und Videoplattformen ($r = .10$, $p < .001$) einher. Die Befunde sind in Tabelle 15 zusammengefasst. Die verstärkte Nutzung von Internetforen mit gesundheitlichem Schwerpunkt lässt sich u.a. mit einer hohen semantischen Affinität der dortigen Inhalte erklären (vgl. Kapitel 4.1.1).

Tabelle 15.
Auswirkungen des Schweregrades einer Depression auf die Mediennutzungsdauer

	Mediennutzungsdauer	*M*	*SD*	*t*	*Effektstärke r*	*p*
allgemein	Fernsehen	138.4	110.9	6.434	.150	$p < .001$
	Musik	56.7	90.0	3.812	.086	$p = .001$
	Zeitschriften, Magazine	29.4	43.7	2.757	.063	$p = .021$
	Internet	117.8	165.5	1.282	.048	$p = .101$
	Tageszeitung	28.9	36.3	1.218	.047	$p = .116$
	Radio	197.1	219.7	.854	.047	$p = .116$
	Bücher	66.0	80.8	.041	.041	$p = .188$
	PC-Spiele	19.3	72.4	1.043	.038	$p = .242$
speziell (online)	Foren mit gesundheitlichem Schwerpunkt oder Selbsthilfeforen	1.8	1.1	4.152	.107	$p < .001$
	soziale Netzwerke	2.6	1.81	3.664	.103	$p < .001$
	Videoplattformen	2.5	1.5	3.430	.102	$p < .001$
	allg. Foren im Internet	2.0	1.3	2.056	.074	$p = .016$
	Internetradio	1.6	1.3	.629	.024	$p = .641$

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August *2013. n* = 1946–1960; einfaktorielle Varianzanalyse; Berechnung der Effektstärke r nach Field (Field, 2013, S. 474); Kontrastierung: leichtes vs. schweres depressives Syndrom nach BDI-V_T. Abfrage der durchschnittlichen Mediennutzungsdauer in Minuten bezogen auf einen normalen Wochentag. Spezielle Internetanwendungen wurden anhand einer Skala von 1 „(fast) nie“ bis 5 „(fast) täglich“ erhoben.

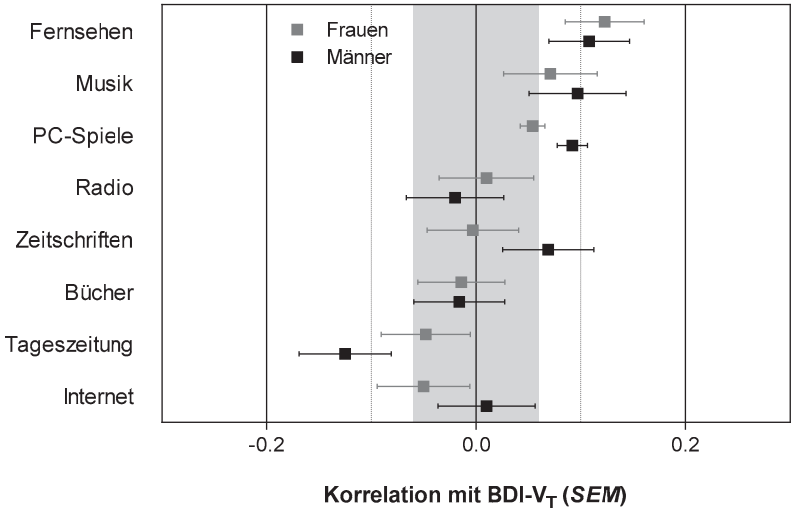
Potts und Sanchez (1994) verweisen in ihren Befunden auf die Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Nutzung verschiedener Medien. Daher soll hier eine geschlechterspezifische Betrachtung der Zusammenhänge zwischen Mediennutzungsdauer und Depressionsgrad für die verschiedenen Medien vorgenommen werden.[84] Es zeigt sich ein im Vergleich zur Studie von Potts und Sanchez (1994) identisches

[84] Dafür wurde die minutengenau erfasste Mediennutzungsdauer in fünf gleich große Perzentile umkodiert.

Bild der Fernsehnutzung, das allerdings durch geschlechterspezifische Nutzungsmuster anderer Medien erweitert werden muss: Bei Männern ist eine intensivere Nutzung des Fernsehens mit stärkerer Depression assoziiert (r = .11, p = .001) ebenso wie eine intensivere Nutzung von Zeitschriften (r = .07, p = .034), Musik (r = .10, p = .003) und PC-Spielen (r = .09, p = .005). Bei Frauen sind Depressionen mit einer deutlich intensiveren Nutzung von Fernsehen (r = .12, p < .001) und Musik (r = .07, p = .026) verbunden.

Eine stärkere Depression ist bei Männern mit einer deutlich geringeren Nutzung von Tageszeitungen assoziiert (r = –.13, p < .001). Bei Frauen nimmt dagegen die Nutzung keines bestimmten Mediums deutlich ab.[85] Die nachstehende Abbildung 25 zeigt die Korrelationskoeffizienten für die Zusammenhänge zwischen Depression (nach BDI-V_T) und der Nutzungsdauer verschiedener Medien (Skalierung fünfstufig, bei PC-Spielen dichotom), getrennt nach dem Geschlecht.

Abbildung 25. Geschlechterspezifische Zusammenhänge zwischen Mediennutzungsdauer und Depression



Anmerkungen. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. Frauen: n = 1004–1027; Männer: n = 957-975; *SEM* = Standard Error of the Mean ($SEM = \frac{SD}{\sqrt{N}}$); Korrelationskoeffizient nach Pearson. Mediennutzungsdauer fünfstufig, Nutzung von PC-Spielen dichotom; BDI-V_T als metrische Variable (nicht gruppiert).
Zusammenhänge im grauen Bereich sind statistisch nicht signifikant von null verschieden.

[85] Geschlechterspezifische Analysen werden im weiteren Verlauf der Arbeit nicht mehr systematisch vorgenommen, da dies nicht das primär formulierte Ziel der Arbeit ist.

Für die multivariaten Auswertungen wurden zunächst die entsprechenden Verteilungen der Variablen betrachtet. Eine Übersicht mit den zentralen deskriptiven Maßen ist auf Anfrage beim Autor erhältlich. Man erkennt dabei, dass die Antworten aus der repräsentativen Telefonbefragung nicht normalverteilt sind.[86] Daher wurde ein robustes Maximum-Likelihood-Schätzverfahren (Urban & Mayerl, 2014, S. 68) angewendet.[87] Im Rahmen einer multiplen linearen Regression (MLR) wurde der Einfluss einer Depression auf die Mediennutzung entsprechend F1.1 untersucht. Der Einfluss des Alters sowie der biologische Faktor „allgemeiner Gesundheitszustand" und die psychosozialen Faktoren Einsamkeit und Selbstwert wurden als Kovariaten berücksichtigt. Das Modell weist einen insgesamt akzeptablen Modell-Fit auf ($\chi^2 = 196.51$, $df = 45$, $p < .001$; *RMSEA* = .041; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .031; vgl. für entsprechende Grenzwerte Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 222).[88] Insgesamt bestätigt sich zuerst die Notwendigkeit zur differenzierten Betrachtung der Zusammenhänge von Depression und Mediennutzung. Entsprechend dem proklamierten medienbezogenen Diathese-Stress-Modell zeigen sich in Abhängigkeit der beobachteten Kontextfaktoren überwiegend heterogene Muster zwischen dem Depressionsgrad und der Nutzung der verschiedenen Medien. So ist ein höherer Depressionsgrad mit einer intensiveren Nutzung des Fernsehens ($\beta = .11$, $p < .001$), von PC-Spielen ($\beta = .06$, $p = .007$) und Musik ($\beta = .05$, $p = .042$) assoziiert (vgl. Tabelle 16). Ebenso deutlich geht eine geringere Nutzung von Tageszeitungen mit einer Depression einher ($\beta = -.06$, $p = .008$).

86 Die standardisierten Werte der Schiefe und Kurtosis sind etwa größer als 2 bzw. kleiner als –2.

87 Alternativ könnte man im Rahmen eines multivariaten Modells auch die einzelnen Variablen dichotomisieren („Mediennutzung: Ja – Nein"; vgl. Bastiaensens et al. (2014)) oder auf nichtparametrische Testverfahren zurückgreifen (vgl. Till und Vitouch (2012, S. 391)). Bei der Überprüfung (nicht normalverteilter) indirekter Effekte bietet sich zudem der Rückgriff auf Bootstrapping an (Urban & Mayerl, 2014, S. 144). Im Unterschied zu einer Pearson-Korrelation mit SPSS ist die vorliegende Schätzung aufgrund der besseren Berücksichtigung von Residuen deutlich konservativer.

88 Der hohe χ^2 -Wert überrascht in Anbetracht der Stichprobengröße nicht.

Tabelle 16.
Einfluss von Depression auf die Nutzungsdauer verschiedener Medien

	Depression nach BDI-V_T		
	β	95%-CI	R^2
Fernsehen	.11***	(.07, .16)	.07
Tageszeitung	–.06**	(–.10, –.02)	.15
PC-Spiele	.06**	(.02, .10)	.03
Musik	.05*	(.01, .09)	.05
Internet	–.04	(–.08, .01)	.20
Zeitschriften	.02	(–.03, .06)	.01
Radio	–.02	(–.07, .03)	.01
Bücher	.01	(–.04, .05)	.01

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013.
n = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (45) = 196.51, $p < .001$; *RMSEA* = .041; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .031
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Angaben zur Mediennutzungsdauer (fünfstufig), PC-Spiele dichotom erfasst. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem").
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Dabei erklärt das Modell 1–20% der auftretenden Varianz der einzelnen Mediennutzungsvariablen. Über die Zusammenhänge zwischen Depression und Mediennutzung hinaus repliziert es die deutlichen Zusammenhänge zwischen verschiedenen prädisponierenden Variablen und Depressionen (nicht in Tabelle 16): So hängt etwa eine stärkere Depression negativ mit dem allgemeinen Gesundheitszustand ($\beta = -.18$, $p < .001$) und einem niedrigeren Selbstwert ($\beta = -.37$, $p < .001$) zusammen. Sie steht andererseits auch in Verbindung mit höherer Einsamkeit ($\beta = .25$, $p < .001$). Für die Nutzung spezieller Internetanwendungen wurden die Rechnungen wiederholt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 abgebildet.

Tabelle 17.
Einfluss von Depression auf die Nutzungsdauer spezieller Internetanwendungen

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	*β*	95%-CI	R^2
Foren mit gesundheitl. Schwerpunkt oder Selbsthilfeforen	1.7	1.1	.11***	(.004, .012)	.01
E-Mail oder Chat	4.3	1.2	–.08**	(–.010, –.002)	.02
Videoplattformen	2.5	1.5	.05*	(.001, .010)	.23
Foren zu best. Themen	2.0	1.3	.05	(.000, .008)	.04
soziale Netzwerke	2.6	1.8	.02	(–.003, .008)	.27
Internetradio	1.6	1.3	–.01	(–.005, .004)	.05

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. *n* = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (28) = 157.54, $p < .001$; *RMSEA* = .048; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .040
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Angaben zur Mediennutzungsdauer fünfstufig erhoben von 1 „(fast) nie“ bis 5 „(fast) täglich“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Es zeigt sich, dass vor allem Foren mit gesundheitlichem Schwerpunkt bzw. sogenannte Selbsthilfeforen bei Depressionen häufiger genutzt werden ($\beta = .11$, $p < .001$), ebenso wie auch Videoplattformen ($\beta = .05$, $p = .026$). Eine schwerere Depression geht dagegen mit einer geringeren Nutzung von E-Mail oder Chat einher ($\beta = –.08$, $p = .008$). Die Befunde zu den übrigen Internetanwendungen sind statistisch nicht mehr eindeutig. Dabei erklärt das Modell 1–27% der auftretenden Varianz bei der Nutzungsdauer spezieller Internetanwendungen im Kontext einer Depression. Hinsichtlich der Mediennutzungsdauer bestätigen sich jedenfalls für einige Medien die zuvor in dem Modell postulierten Zusammenhänge (gestrichelte Linie in Abbildung 24).

Präferenz für bestimmte Genres

Hinsichtlich der präferierten Genres bei der Mediennutzung zeigt sich eine klare Präferenz für leichte, unterhaltende Formate (Liebesfilme/Melodramen: $\beta = .16$, $p < .001$; Doku-Soaps: $\beta = .13$, $p < .001$; Erotik: $\beta = .13$, $p < .001$; Klatschsendungen: $\beta = .11$, $p < .001$; Horror-/Gruselfilme: $\beta = .11$, $p < .001$; Casting-Shows: $\beta = .08$, $p = .004$; Daily Soaps: $\beta = .06$, $p = .014$; Abenteuer/Action: $\beta = .05$, $p = .036$; Quiz/Game/Unterhaltungsshows: $\beta = .08$, $p = .001$). Die Gesamtübersicht ist in Tabelle 18 abgebildet. Die Präferenz für Nachrichten nimmt demgegenüber im Zusammenhang mit einer Depression ebenso deutlich ab ($\beta = -.07$, $p = .003$) wie für politische Talkshows ($\beta = -.02$, $p = .379$) oder Dokumentationen ($\beta = -.02$, $p = .337$). In einem nächsten Schritt soll untersucht werden, welche Motive hinter der Nutzung dieser Genres stehen.

Tabelle 18.
Einfluss von Depression auf die Nutzung verschiedener Genres

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	*β*	95%-CI	R^2
Liebesfilme/Melodramen	3.0	1.8	.16***	(.108, .205)	.05
Doku-Soaps	2.0	1.6	.13***	(.077, .180)	.03
Erotik	1.9	1.4	.13***	(.084, .176)	.03
Klatschsendungen	2.0	1.5	.11***	(.060, .167)	.02
Horror-/Gruselfilme	2.3	1.9	.10***	(.054, .144)	.17
Casting-Shows	1.9	1.6	.08**	(.024, .126)	.04
Quiz/Game/Unterhaltungs-shows	3.1	1.8	.08**	(.033, .131)	.01
Nachrichten	5.7	1.5	–.07**	(–.115, –.024)	.07
Daily Soaps	1.8	1.6	.06*	(.013, .112)	.02
Abenteuer/Action	3.8	2.0	.05*	(.003, .090)	.13
Ratgeber/Wissen/Verbraucher	4.5	1.7	.04	(–.003, .091)	.01
Promi. Talkshows	2.6	1.7	.04	(–.008,.086)	.03
Science-Fiction	2.8	2.1	.03	(–.013, .072)	.10
Polit. Talkshows	3.5	1.9	–.02	(–.067, .026)	.05
Dokumentationen	4.9	1.8	–.02	(–.068, .023)	.01

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. n = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 = 506.95, df = 105, p < .001; *RMSEA* = .044; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .049
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Angaben zur Präferenz verschiedener Genres siebenstufig erhoben von 1 „sehe ich gar nicht gerne“ bis 7 „sehe ich sehr gerne“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Motive der Mediennutzung

Durch eine Depression gewinnen zahlreiche Motive zur Mediennutzung an Bedeutung: So steigt etwa die Relevanz eskapistischer Motive signifikant an (Alltag vergessen: $\beta = .29$, $p < .001$; Entspannung: $\beta = .11$, $p < .001$; um nicht alleine zu sein: $\beta = .24$, $p <. 001$; Spaß und Unterhaltung: $\beta = .06$, $p = .013$; vgl. Canary & Spitzberg, 1993, S. 805) und dies ist auch überwiegend der Fall für Motive, die Canary und Spitzberg (1993, S. 805) dem Bereich „surveillance" zuordnen (Vergleiche mit anderen: $\beta = .17$, $p < .001$; Einblicke in Leben anderer: $\beta = .17$, $p < .001$), nur nicht für die reine Information ($\beta = –.04$, $p = 158$). Insofern geht mit einer Depression offenbar ein weitaus breiteres Spektrum an Mediennutzungsmotiven einher. Deutlich wird an dieser Stelle sicherlich auch die Kompensationsfunktion der Medien, die diese im Zusammenhang mit einem depressiven Syndrom in vieler Hinsicht erfüllen können. Tabelle 19 fasst die Befunde zu Depression und Mediennutzungsmotiven zusammen.

Tabelle 19.
Einfluss von Depression auf Mediennutzungsmotive

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	*β*	95%-CI	R^2
Alltag vergessen	2.9	1.8	.29***	(.249, .340)	.10
um nicht alleine zu sein	2.5	1.7	.24***	(.194, .293)	.07
Vergleiche mit anderen	2.5	1.6	.17***	(.120, .222)	.03
Einblicke in Leben anderer	3.2	1.7	.17***	(.124, .217)	.04
Gewohnheit	3.8	1.9	.14***	(.090, .183)	.04
Entspannung	4.2	1.8	.11***	(.064, .155)	.03
Mitreden	4.4	1.8	.06**	(.016, .110)	.01
Spaß und Unterhaltung	4.8	1.6	.06*	(.012, .104)	.05
Information	6.0	1.3	–.04	(–.085, .014)	.00

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. *n* = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (31) = 185.00, *p* < .001; *RMSEA* = .050; *CFI* = .97; *TLI* = .91; *SRMR* = .033
* *p* < .05 ** *p* < .01 *** *p* < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Angaben zu den Motiven zur Mediennutzung siebenstufig erhoben von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft voll und ganz zu“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Damit lässt sich zusammenfassend Forschungsfrage F1.1 folgendermaßen beantworten:

- Suizidrelevante Prädispositionen haben grundsätzlich deutliche Einflüsse auf die individuelle Mediennutzung (hier: die genutzten Medien, die Dauer der Nutzung sowie spezifische Genrepräferenzen und Motive zu deren Nutzung).
- Am deutlichsten zeigen sich die Wirkungen einer Depression auf tagesaktuelle Medien, deren Nutzung mit geringem Aufwand verbunden ist, allen voran das Fernsehen. Hier schließt die Studie an eine Vielzahl existierender Befunde an: Depressionen führen zu einer intensiveren Nutzung des Fernsehens.

- Durch die perspektivische Erweiterung auf neuere Online-Kommunikationsformen, wie Foren mit gesundheitlichem Schwerpunkt oder Selbsthilfeforen, soziale Netzwerke oder Videoplattformen kann die Studie darüber hinaus zeigen, dass im Zuge einer Depressionserkrankung diese speziellen Internetanwendungen intensiver genutzt werden. Dieser differenzierte Blick war bisher in der Forschung verstellt.
- Für die Forschung zum Werther-Effekt sind die Befunde zu Depression und Mediennutzung deshalb von besonderer Bedeutung, weil eine Depression oftmals mit erhöhter Suizidalität einhergeht *und* gleichzeitig beeinflusst, wie Medien genutzt werden: So nimmt etwa die Nutzung speziell von Nachrichten bei Depression ebenso wie die Nutzung von Tageszeitungen tendenziell ab, weshalb zahlreiche Befunde zum Werther-Effekt infolge von Tageszeitungsberichten zu hinterfragen wären. Gleichzeitig spielt bei Depression das Mediennutzugsmotiv „social surveillance" eine größere Rolle, was für eine grundsätzlich verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber Suizidberichten sprechen würde, die etwa eine depressive Vorgeschichte betonen.
- Die Befunde zur Mediennutzung bei Depression erscheinen zudem plausibel, da sie sich mit denen zahlreicher anderer Arbeiten decken (Böhm, 2012, S. 296; Linek, 2003, S. 95).
- Das medienbezogene Diathese-Stress-Modell für Depression, einschließlich sozialer Faktoren sowie Faktoren aus dem biologischen und psychosozialen Kontext, fand insgesamt empirische Bestätigung.

8.2.2 Medienrezeption im Kontext von Depression (F1.2)

Die zweite Forschungsfrage aus dem ersten Themenkomplex fragt nach der Relevanz suizidrelevanter Prädispositionen auf die individuelle Medienrezeption. Medienrezeption wird dabei weiter ausdifferenziert in die Intensität parasozialer Beziehungen, Mood Management und die Erinnerung an bestimmte Medieninhalte. Bei den Analysen werden die Randbedingungen des medienbezogenen Diathese-Stress-Modells weiterhin kontrolliert.

Parasoziale Beziehungen

Parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren wurden im Rahmen der repräsentativen Telefonbefragung anhand von vier Items erfasst, die auf den Formulierungen von Thallmair und Rössler (2001) beruhen. Die Fragen wurden nur denjenigen Befragten gestellt, die zuvor angegeben haben, eine/n Lieblingsperson/-charakter in den

Medien zu haben (n = 708). Untersucht wurde der Einfluss des Depressionsgrades auf die parasozialen Beziehungen mithilfe eines robusten Regressionsmodells mit Maximum-Likelihood-Schätzung, das einen insgesamt guten Modell-Fit aufweist (χ^2 = 39.73, df = 16, p < .001; *RMSEA* = .027; *CFI* = .98; *TLI* = .97; *SRMR* = .027). Das Modell zeigt einen schwachen Einfluss von Depression auf die verschiedenen Dimensionen von parasozialen Beziehungen mit Medienfiguren. Der Depressionsgrad hatte einen schwach positiven Einfluss auf die Gedanken daran, was die Lieblingsfigur getan oder gesagt hat (β = .24, p <. 01), ebenso wie auf die Wahrnehmung von Ähnlichkeit zwischen der eigenen Person und der Lieblingsfigur aus den Medien (β = .10, p =. 023) und auf das Gefühl, die Person gut zu kennen (β = .09, p =. 022). Die Befunde sind in Tabelle 20 zusammengefasst.

Tabelle 20.
Einfluss von Depression auf parasoziale Beziehungen

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	β	95%-CI	R^2
Auch im Alltag denke ich an Dinge, die meine Lieblingsperson getan oder gesagt hat.	2.7	2.0	.14**	(.061, .224)	.01
Meine Lieblingsperson und ich sind uns ähnlich.	2.6	1.8	.10*	(.014, .194)	.16
Ich habe das Gefühl, als würde ich meine Lieblingsperson gut kennen.	3.2	1.8	.09*	(.013, .169)	.10
Meine Lieblingsperson hat dieselben Werte wie ich.	3.1	2.0	.06	(–.020, .133)	.30

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. n = 708; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (16) = 39.73, p < .001; *RMSEA* = .027; *CFI* = .98; *TLI* = .97; *SRMR* = .027
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Qualität der parasozialen Beziehung anhand von vier Items nach Thallmair und Rössler (2001), siebenstufig erhoben von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck. Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Geschlecht, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Gerade vor dem Hintergrund von Identifikationsprozessen und der wahrgenommenen Ähnlichkeit zwischen Rezipienten und einem Suizidmodell aus fiktionalen bzw. nicht-fiktionalen Medienangeboten erscheinen die Befunde als ein wichtiger Hinweis darauf, dass die Fokussierung auf Depression im Zusammenhang mit dem Werther-Effekt lohnenswert ist. Immerhin können Depressionen solche Identifikationsprozesse mit Medienfiguren verstärken, die einen wichtigen Faktor für Nachahmungssuizide darstellen (vgl. Kapitel 1.1.3).

Mood Management

Der zweite Aspekt der Medienrezeption, der im Rahmen der vorliegenden Untersuchung betrachtet wird, ist das Mood Management bei der Mediennutzung. Dabei geht es also um die subjektiv zugeschriebene emotionale Funktion, die die Mediennutzung für den Rezipienten übernehmen kann. Insgesamt haben wir dazu acht Items formuliert, die jeweils ein spezifisches Medium zusammen mit einer spezifischen emotionalen Funktion thematisierten. Die Formulierungen sind inspiriert durch die Studie von Dillman Carpentier et al. (2008). Untersucht wurde der Einfluss des Depressionsgrades auf medienspezifisches Mood Management mithilfe eines robusten Regressionsmodells mit Maximum-Likelihood-Schätzung, das einen insgesamt guten Modell-Fit aufweist (χ^2 = 260.54, df = 44, p < .001; *RMSEA* = .050; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .041). Das Modell zeigt einen schwachen bis mittelstarken Einfluss von Depression auf medienspezifisches Mood Management. Am deutlichsten ist der Effekt für Medien, deren Nutzung mit einem geringen Aufwand verbunden ist (vgl. Kapitel 8.2.1). Dies sind Medieninhalte (v.a. Sendungen oder Filme) mit hoher semantischer Affinität („Ich entscheide mich für einen traurigen Film, weil der am besten zu meiner Stimmung passt“: β = .26, p < .001; „Ich höre traurige Musik, die zu meiner Stimmung passt“: β = .26, p < .001) und hohem Absorptionspotenzial („Ich schaue mir Sendungen an, die mich von meiner Traurigkeit ablenken“: β = .15, p < .001; „Ich surfe im Internet, um auf andere Gedanken zu kommen“: β = .09, p < .001). Die hedonistische Valenz des Stimulus ist hingegen bei Depressionen von nachrangiger Bedeutung ist („Ich sehe mir einen lustigen Film an, um mich aufzuheitern“: β = .04, p = .092; „Ich höre fröhliche Musik, um meine Stimmung zu verbessern“: β = –.01, p = .826). Dies sind erkennbare Abweichungen vom klassischen Mood-Management-Ansatz, die im Zusammenhang mit Depression beobachtet werden konnten.

Tabelle 21.
Einfluss von Depression auf medienspezifisches Mood Management

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	*β*	95%-CI	R^2
Ich entscheide mich für einen traurigen Film, weil der am besten zu meiner Stimmung passt.	1.9	1.6	.26***	(.210, .313)	.10
Ich schalte Sendungen ein, in denen es um Menschen und ihre Probleme geht, weil ich dann sehen kann, wie andere damit umgehen.	2.4	1.8	.26***	(.206, .304)	.09
Ich höre traurige Musik, die zu meiner Stimmung passt.	2.3	1.9	.20***	(.150, .245)	.09
Ich schaue mir Sendungen an, die mich von meiner Traurigkeit ablenken.	3.9	2.1	.15***	(.106, .200)	.06
Ich surfe im Internet, um auf andere Gedanken zu kommen.	2.9	2.0	.09***	(.051, .132)	.16
Ich lese etwas, um mich abzulenken.	4.0	2.1	.05*	(.002, .096)	.05
Ich sehe mir einen lustigen Film an, um mich aufzuheitern.	4.3	2.0	.04	(–.006, .086)	.02
Ich höre fröhliche Musik, um meine Stimmung zu verbessern.	4.5	2.0	–.01	(–.053, .042)	.02

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. *n* = 1961–1991; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren. χ^2 (44) = 260.54, $p < .001$; *RMSEA* = .050; *CFI* = .94; *TLI* = .90; *SRMR* = .041
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. Medienspezifisches Mood Management anhand von acht Items angeregt durch die Studie von Dillman Carpentier et al. (2008), siebenstufig erhoben von 1 „stimme überhaupt nicht zu“ bis 7 „stimme voll und ganz zu“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Geschlecht, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Erinnerung an suizidbezogene Medieninhalte

Das dritte Element, das die Medienrezeption im Rahmen der Untersuchung abbildet, ist die Erinnerung an suizidbezogene Medieninhalte. Zunächst geht es darum, in welchem Umfang sich die deutsche Bevölkerung überhaupt an einen medial dargestellten Suizidfall erinnert, ohne dass zu dem Zeitpunkt prominent über einen Suizidfall berichtet wurde. Dazu wurde die Erinnerung nicht danach differenziert, ob diese auf einer fiktionalen oder non-fiktionalen Mediendarstellung beruht. In der Darstellung wird zudem nach Geschlecht und Alter (fünfstufig) differenziert. Die Häufigkeitsauszählung zeigt, dass sich über die Hälfte der Deutschen (51.5%) an mindestens einen Suizidfall aus den Medien erinnern kann. Genauer differenziert nach dem Alter, haben Männer im Alter von 30 bis 39 Jahren am häufigsten angegeben, sich an einen Suizid in den Medien erinnern zu können (57.3%). Bei den Frauen war die Erinnerung im Alter von 50 bis 59 Jahren am größten (60.4%). Am wenigsten konnten sich Männer und Frauen in der Altersgruppe ab 60 Jahren (Frauen: 40.9%; Männer: 44.5%) an einen medialen Suizidfall erinnern. Die Befunde sind in Tabelle 22 zusammengetragen.

Tabelle 22.
Erinnerung an reale oder fiktionale Suizidfälle in den Medien

	Männer	Frauen	Gesamt
18–29 Jahre	55.4%	55.0%	55.2%
30–39 Jahre	57.3%	57.1%	57.2%
40–49 Jahre	51.2%	58.2%	54.5%
50–59 Jahre	49.7%	60.4%	55.0%
60 Jahre und älter	44.5%	40.9%	42.5%

Anmerkung. n = 2002. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013.

Greift man die beiden Gruppen mit der höchsten Erinnerung (Männer zwischen 30 und 39 Jahren; Frauen zwischen 50 und 59 Jahren) heraus und fragt nach deren Themeninteressen, zeigt sich, dass unter den Männern mit der höchsten Suiziderinnerung das (absolute) Themeninteresse für Sport (M = 4.85, SD = 1.91), Musik (M = 4.71, SD = 1.60), Wirtschaft (M = 4.59, SD = 1.54), Medizin und Gesundheit (M = 4.46, SD = 1.56) und Politik (M = 4.46, SD = 1.72) am höchsten ist, während das niedrigste (absolute) Themeninteresse für Prominente und Stars (M = 2.36, SD =

1.69) sowie für Mode und Lifestyle (M = 2.72, SD = 1.69) angegeben wurde. Bei den Frauen zwischen 50 und 59 Jahren waren es die Themen Medizin und Gesundheit (M = 5.53, SD = 1.60), Musik (M = 4.86, SD = 1.59) und Katastrophen (M = 4.51, SD = 1.81), denen (absolut) das höchste Interesse entgegengebracht wurde. Am wenigsten interessierten sich die befragten Frauen in dieser Altersgruppe (absolut) für die Themen Erotik (M = 2.23, SD = 1.59) sowie für Prominente und Stars (M = 2.64, SD = 1.58). Die Analyse der Themeninteressen derjenigen, die sich am besten an eine mediale Suiziddarstellung erinnern konnten, zeigt, dass Suizide in verschiedenen Gesellschafts- bzw. Themenbereichen für Männer und Frauen relevant sein dürften. Offen ist an dieser Stelle die Frage, inwiefern Suizide etwa aus dem Bereich Sport für Männer und aus dem Bereich Musik für Frauen subjektiv bedeutsamer sind. Dass Suizidberichte aus verschiedenen Themenbereichen eine unterschiedliche Wirkung entfalten können, wurde bereits dargelegt (vgl. Ueda et al., 2014; Tabelle 1).

Um bei tiefergehenden Analysen mit den beiden dichotomen abhängigen Variablen (Erinnerung an non-fiktionalen bzw. fiktionalen Suizidfall in den Medien) im Rahmen einer robusten Maximum-Likelihood-Schätzung auch bei fehlenden Werten brauchbare Ergebnisse zum Vorschein zu bringen, wurde eine nummerische Integration nach dem Monte-Carlo-Verfahren angewendet (Muthén & Muthén, 2012, S. 39). Die Analyse ergibt keinen nennenswerten Effekt von Depression auf die Erinnerung an einen konkreten Selbstmordfall aus den Medien, allerdings erhöht eine Depression die Wahrscheinlichkeit, sich an eine fiktive Suiziddarstellung aus den Medien zu erinnern, signifikant (β = –.07, p = .013). Dieser Befund passt gleichzeitig zu dem aus Tabelle 18, wonach auch die Präferenz für non-fiktionale Medieninhalte bei einer Depression geringer ist und geht über andere Arbeiten hinaus, die vor allem die Erinnerung an non-fiktionale Suiziddarstellungen betrachtet haben (vgl. Fu et al., 2009).

Tabelle 23.
Einfluss von Depression auf die Erinnerung an Suizidfälle in den Medien

	Depression nach BDI-V_T		
	β	95%-CI	R^2
Ich erinnere mich an einen konkreten Selbstmordfall, von dem ich aus den Medien erfahren habe.	–.01	(–.062, .037)	.01
Ich erinnere mich an eine fiktive Darstellung eines Selbstmordes in den Medien.	–.07*	(–.123, –.016)	.07

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. n = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren mit nummerischer Monte-Carlo-Integration.
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. 95%-CI = 95% Konfidenzintervall des Effekts. Erinnerung an Suizidfall dichotom erfasst. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Geschlecht, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Damit lässt sich zusammenfassend Forschungsfrage F1.2 folgendermaßen beantworten:

- Die Medienrezeption wird grundsätzlich durch den Schweregrad einer Depression beeinflusst.
- Die Befunde zu parasozialen Beziehungen mit Medienfiguren zeigen, dass eine Depression grundsätzlich Identifikationsprozesse mit Medienfiguren befördert. Das bezieht sich vor allem auf die wahrgenommene Vertrautheit gegenüber der Medienfigur, die mit der Depression wächst. Gleichzeitig zeigen die Analysen, dass bei stärkerer Depression auch die Gedanken an die Medienfiguren zunehmen. Der Befund ließe sich etwa mit dem ruminativen Denken im Kontext von Depressionen erklären, das prinzipiell auch Medienfiguren einschließen könnte. Nach Böhm (09.02.2012, S. 268) ist das Absorptionspotenzial der Medien bei Depressiven stärker. Parasoziale Beziehungen können eine intensivere Nutzung entsprechender Medieninhalte befördern und so die „Rückkehr in die Realität“ erschweren.
- Die Befunde zu parasozialen Beziehungen mit Medienfiguren knüpfen inhaltlich an die überwiegend sozialen Motive zur Mediennutzung und die Präferen-

zen für zwischenmenschliche Themen in den Medien an, die bei schwererer Depression häufiger beobachtet werden (vgl. Kapitel 8.2.1).

- Die Befunde zum Mood Management zeigen zweierlei: Erstens ist der Einfluss einer Depression am deutlichsten auf seltene Formen von Mood Management. Zweitens sprechen die beobachteten Effekte einer Depression auf das Mood Management für einen anspruchsvollen Umgang mit Medien, je stärker die Depression ausgeprägt ist. Hedonistische Motive oder Ablenkung durch Medien verlieren dann relativ an Bedeutung. Die Befunde stehen somit teilweise im Gegensatz zu anderen Arbeiten (Hwang, Cheong & Feeley, 2009; Linek, 2003; Perloff et al., 1983; Potts & Sanchez, 1994), bei denen eine eskapistische bzw. hedonistische Nutzung des Internets im Zuge von Depressionen häufiger beobachtet wurde.
- Die bundesdeutsche Bevölkerung erinnert sich zum Großteil an einen Suizidfall aus den Medien. Depressionen können die Erinnerung an suizidbezogene Medieninhalte begünstigen – insbesondere gilt dies für fiktionale Mediendarstellungen.
- Zusammengenommen sind die Einflüsse von Depressionen auf die Medienrezeption vielfältig. Die Effekte liegen dabei auf unterschiedlichen Ebenen und tangieren sowohl eher habitualisierte Rezeptionsbesonderheiten (parasoziale Beziehungen zu Medienfiguren), aber auch den aktiven, emotionsregulierenden Umgang mit bestimmten Medieninhalten, bis hin zur ungestützten Erinnerung an mediale Suizidfälle.
- Die Berücksichtigung der Krankheit Depression präzisiert die Erklärung von Nachahmungssuiziden. So spekulieren etwa Fu, Chan und Yip (2009, S. 44) darüber, inwiefern nicht die tatsächliche Nutzung bzw. Konfrontation mit Suizidberichten, sondern die Aufmerksamkeit gegenüber bzw. Erinnerung von suizidbezogenen Inhalten für Nachahmungssuizide verantwortlich ist. Unter Berücksichtigung von Depression als wichtigem Prädiktor von Suizidalität, lässt sich die Hypothese dahingehend präzisieren, als eine mit Suizidalität einhergehende Depression etwa die Erinnerung an fiktionale Suiziddarstellungen fördern kann. Depression kann nicht nur im Rahmen solcher Studien (vgl. Fu et al., 2009) für zusätzliche Varianzaufklärung sorgen, sondern auch zu einem besseren Verständnis der Risikofaktoren für Nachahmungssuizide beitragen.

8.2.3 Medienwahrnehmung im Kontext von Depression (F1.3)

Die dritte Forschungsfrage aus dem ersten Themenkomplex fragt nach der Relevanz von suizidrelevanten Prädispositionen auf die individuelle Medienwahrnehmung. Stellvertretend für die Medienwahrnehmung soll hier das Ausmaß von

Third-Person-Wahrnehmungen betrachtet werden. Es geht also bei der Beantwortung der Forschungsfrage darum, inwiefern Depressionen dazu beitragen, dass wahrgenommene Medienwirkungen von suizidbezogenen Mediendarstellungen auf die eigene Person geringer eingeschätzt werden als auf andere Personen (Third-Person-Wahrnehmung). Damit knüpft die Frage direkt an die Studie von Scherr und Reinemann (2011) an, die einen nicht-linearen Zusammenhang zwischen dem Depressionsgrad und wahrgenommenen Medienwirkungen nachwiesen. Bei den Analysen werden die Randbedingungen des medienbezogenen Diathese-Stress-Modells weiterhin kontrolliert.

Im Rahmen einer robusten, multiplen, linearen Regression wurde der Einfluss des Schweregrades einer Depression auf die eigene Beeinflussung durch suizidale Medieninhalte bzw. auf die Beeinflussung Dritter (i.d.F. die Allgemeinbevölkerung) getrennt voneinander untersucht. Es zeigt sich, dass die Befragten bei schwererer Depression insgesamt von stärkeren Medienwirkungen ausgehen, wobei Depressionen einen stärkeren Einfluss auf die eigenen Vorstellungen von Suiziden nach sich ziehen ($\beta = .14$, $p < .001$), verglichen mit den wahrgenommenen Medienwirkungen auf die Vorstellungen anderer ($\beta = .10$, $p < .001$).[89]

[89] Der proklamierte Unterschied bezieht sich hier deskriptiv auf die absoluten Beta-Werte. Der Unterschied zwischen den beiden Effektstärken wurde nicht exakt berechnet. Der Blick auf die Konfidenzintervalle der beiden Effekte verrät allerdings eine von null verschiedene, weitgehende Überschneidung der beiden Effekte (Cumming & Finch, 2005). Demnach ist der Befund, dass eine Depression wahrgenommene Wirkungsvermutungen verstärkt, bedeutsamer als der Unterschied des Effekts auf First- bzw. Third-Person-Wahrnehmungen.

Tabelle 24.
Einfluss von Depression auf First- und Third-Person-Wahrnehmungen von Suiziddarstellungen in den Medien

			Depression nach BDI-V_T		
	M	*SD*	*β*	95%-CI	R^2
Meine Vorstellungen von Suiziden werden stark von den Darstellungen in den Medien beeinflusst.	2.9	2.0	.14***	(.092, .186)	.02
Die Vorstellungen von Suiziden werden in der Allgemeinheit der Bevölkerung stark von Darstellungen in den Medien beeinflusst.	4.2	1.8	.10***	(.053, .147)	.01

Anmerkung. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. *n* = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (10) = 28.65, *p* < .01; *RMSEA* = .031; *CFI* = .98; *TLI* = .97; *SRMR* = .017
* *p* < .05 ** *p* < .01 *** *p* < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten. CI = Konfidenzintervall. First- bzw. Third-Person-Wahrnehmungen als Single-Item Measure, siebenstufig erhoben von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 7 „trifft voll und ganz zu“. BDI-V_T: Telefonversion des vereinfachten Depressionsinventars nach Beck.
Kovariaten entsprechend dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell: Geschlecht, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem“).
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Nachdem eine Depression wahrgenommene Medienwirkungsvermutungen auf die eigene Person und auf Dritte beeinflussen kann, sollen die Konsequenzen genauer untersucht werden, die sich daraus (kurz- und mittelfristig) ergeben können. Dafür ziehen wir nun die Daten der zweiwelligen Panelbefragung heran, die flankierend zur repräsentativen Telefonbefragung durchgeführt wurde. Es soll die Frage beantwortet werden, inwiefern sich Third-Person-Wahrnehmungen zum gleichen Zeitpunkt und mittelfristig (über etwa einen Monat, entspricht dem Abstand zwischen den Panelwellen; vgl. Kapitel 7.2) auf suizidbezogene Einstellungen auswirken. Dafür wurde eine regressionsbasierte Moderationsanalyse nach Hayes (2013) durchgeführt. Die unabhängige Variable war die Third-Person-Wahrnehmung (Differenzvariable aus wahrgenommener Medienwirkung auf die Allgemeinbevölkerung und auf die eigene Person), als Moderator wurde der Depressionsgrad nach dem BDI-V_T verwendet und als Kovariaten flossen Alter, Geschlecht sowie Einsamkeit, allgemeines Wohlbefinden und Selbstwert in das Modell ein. Die Untersuchungsgrößen wurden alle zum ersten Befragungszeitpunkt (t_0) erhoben. Untersucht wird

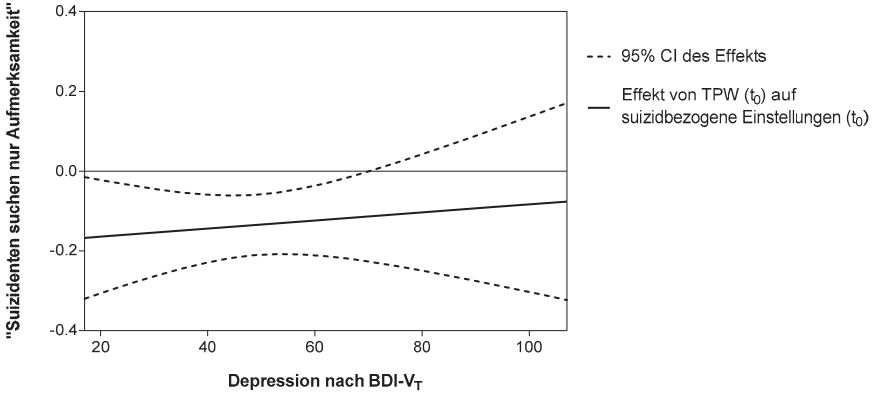
deren gemeinsamer Einfluss auf spezifische Einstellungen gegenüber Suiziden zum gleichen Befragungszeitpunkt (t_0) bzw. zum zweiten Befragungszeitpunkt (t_1). Für die Längsschnittanalysen wurde zudem der individuelle Abstand zwischen den beiden Befragungszeitpunkten als Kovariate berücksichtigt. Die Einstellungen gegenüber Suiziden umfassen insgesamt vier Dimensionen, die mit jeweils zwei Items nach Knight, Furnham und Lester (2000) und Domino, Moore, Westlake und Gibson (1982) erhoben wurden. Von diesen wird hier nur die Dimension „Suizidalität als Hilfeschrei" näher betrachtet.[90] Nachdem sich allerdings die beiden Items in keiner der beiden Panelwellen statistisch als reliabel erwiesen (t_0: Cronbach's Alpha = 0.17; t_1: Cronbach's Alpha = 0.23), wurde für die folgenden Auswertungen nur das Item „Menschen, die versuchen, sich an öffentlichen Orten das Leben zu nehmen, suchen nur Aufmerksamkeit." herangezogen.

Die regressionsbasierte Moderationsanalyse zeigt zum ersten Messzeitpunkt (t_0), dass der Effekt von Third-Person-Wahrnehmungen auf die suizidbezogene Einstellung nur in Abhängigkeit des Depressionsgrades beobachtet werden kann ($\beta = -.18$, $p = .097$). Das Gesamtmodell erklärt auch kaum auftretende Varianz ($R^2 = .05$, $F(8, 603) = 3.98$, $p < .001$). Deutliche Effekte von Third-Person-Wahrnehmungen auf die Einstellungen gegenüber Suiziden zeigen sich nur für Personen mit einem Depressionsgrad von weniger als 70 auf der BDI-V_T-Skala. Der Effekt von Third-Person-Wahrnehmungen in diesem Bereich des Depressionsgrades liegt zwischen –.17 und –.12. Je deutlicher also Medienwirkungen von Suiziddarstellungen auf die eigene Person wahrgenommen werden (First-Person-Effekt), desto stärker befürworten Befragte die stereotype Ansicht, dass Suizide an öffentlichen Orten um der Aufmerksamkeit wegen stattfinden. Dieser Effekt entspricht der Steigung der fettgedruckten Linie in Abbildung 26. Allerdings hängt der Effekt gleichzeitig davon ab, wie depressiv die Personen zu t_0 sind. Die gestrichelten Linien ober- und unterhalb der Effektlinie verdeutlichen diese „Signifikanzregion". Dabei verschwindet der Effekt bei einem sehr hohen Depressionsgrad (hier schließt das Konfidenzintervall des Effekts die Null ein). Dies kann als Beleg dafür interpretiert werden, dass (schwere Formen von) Depressionen grundsätzlich mit der Wahrnehmung von Medieninhalten interagieren können (vgl. Scherr & Reinemann, 2011).

---

90 Die vier Faktoren zeigten sich auch empirisch im Rahmen einer Hauptachsenanalyse (PAA; Weiber & Mühlhaus, 2014, S. 132–133) mit Promax Rotation in beiden Panelwellen (t_0: erklärte Varianz = 51.0%; KMO = .602; Test nach Bartlett $p < .001$; t_1: erklärte Varianz = 53.0%; KMO = .613; Test nach Bartlett $p < .001$). Die Hauptachsenanalyse zeigt die beschriebenen vier Faktoren à zwei Items, denen sich die Einstellungen gegenüber Suiziden zuordnen lassen.

Abbildung 26. Moderation des Effekts von Third-Person-Wahrnehmungen (t_0) auf suizidbezogene Einstellungen (t_0)



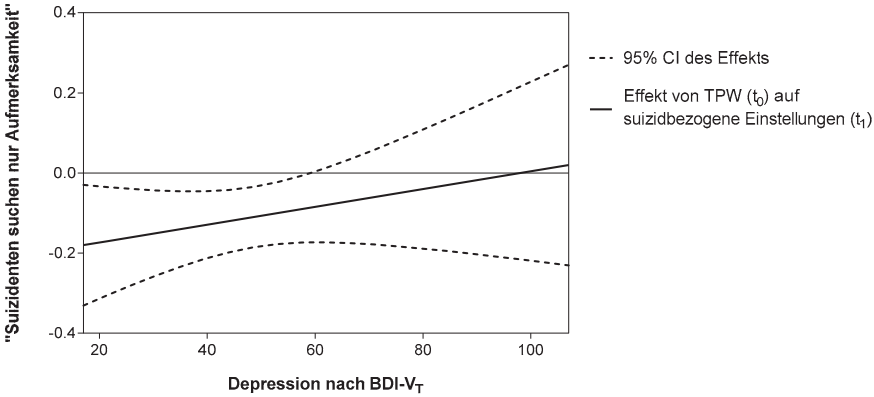
Anmerkungen. n = 612. Daten der Online-Panelbefragung. Regressionsbasierte Moderationsanalyse; CI = 95% Bias-Corrected Konfidenzintervall des Effekts; TPW = Third-Person-Wahrnehmung als die Differenz aus der wahrgenommenen Wirkung von Suiziddarstellungen in der Allgemeinbevölkerung und der wahrgenommenen Wirkung auf die eigene Person; Depression nach BDI-V_T als metrische Variable (nicht gruppiert).
Kovariaten im Modell: Geschlecht, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem").
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Keine Hinweise gibt es bislang auf die zeitliche Stabilität dieses Befundes. Dementsprechend wurde die Moderationsanalyse mit Variablen wiederholt, die zu unterschiedlichen Messzeitpunkten erhoben worden waren. Die Längsschnittanalyse (vgl. Abbildung 27) zeigt, dass Third-Person-Wahrnehmungen im Zeitverlauf einen signifikant negativen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Suizidenten einen Monat später haben ($\beta = -.21$, $p < .001$). Das Gesamtmodell erklärt allerdings nur wenig der auftretenden Varianz ($R^2 = .05$, $F(9, 602) = 3.19$, $p < .001$). Der Kernbefund bleibt also bestehen: Je deutlicher ein First-Person-Effekt, desto stärker weisen die Befragten stereotype Einstellungen gegenüber Suiziden auf, und zwar gerade mittelfristig (etwa einen Monat später). Dabei ist die beschriebene Wirkung, die durch eine spezifische Medienwahrnehmung entsteht, nur bis zu exakt dem Depressionsgrad beobachtbar, der im Rahmen der Studie als Cut-off-Wert der BDI-V_T-Skala berechnet wurde.[91] Personen, die im Rahmen der Studie als schwer depressiv eingestuft werden, zeigen demnach die Medienwirkung nicht mehr. So schließen die

[91] Nähere Informationen zur Anpassung des Cut-off-Wertes sind auf Anfrage beim Autor erhältlich.

Konfidenzintervalle des Effekts dann auch die Null ein. Depressive sehen in diesem Fall also weniger stereotyp auf Suizide und sehen damit im Vergleich zu nicht-depressiven Rezipienten gewissermaßen klarer.

Abbildung 27. Moderation des Effekts von Third-Person-Wahrnehmungen (t_0) auf suizidbezogene Einstellungen (t_1) (Längsschnittanalyse)



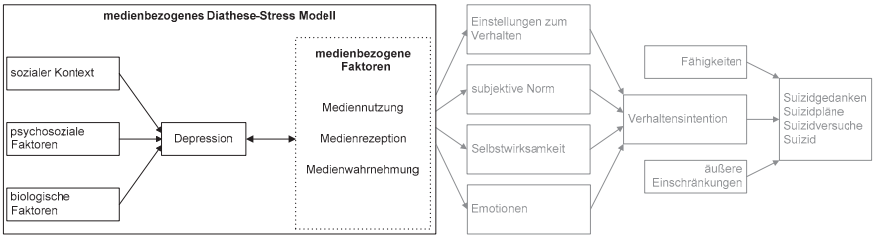
Anmerkungen. n = 612. Daten der Online-Panelbefragung. Regressionsbasierte Moderationsanalyse; CI = 95% Bias-Corrected Konfidenzintervall des Effekts; TPW = Third-Person-Wahrnehmung als die Differenz aus der wahrgenommenen Wirkung von Suiziddarstellungen in der Allgemeinbevölkerung und der wahrgenommenen Wirkung auf die eigene Person; Depression nach BDI-V_T als metrische Variable (nicht gruppiert).
Kovariaten im Modell: Geschlecht, Alter, individueller Abstand zwischen den Erhebungszeitpunkten, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem").
Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Zusammengenommen zeigen sowohl die Querschnitt- als auch die Längsschnittanalysen, dass die Antwort auf die Forschungsfrage 1.3 zum ersten Themenkomplex folgendermaßen beantwortet werden muss: Depressionen können Third-Person-Wahrnehmungen beeinflussen. Der Einfluss von Depressionen auf die Wahrnehmung von Medienwirkungen auf die eigene Person ist stärker als auf wahrgenommene Medienwirkungen auf andere Personen. Dadurch tragen Depressionen dazu bei, dass Third-Person-Wahrnehmungen, die klassisch als Differenzvariable gebildet werden, geringer ausfallen oder sich zu First-Person-Wahrnehmungen umkehren, da sich der Abstand zwischen den beiden Wahrnehmungskomponenten immer weiter verringert. Aus Sicht der Depressionsforschung (vgl. Diez-Alegría et al.,

2006) entspricht der Befund der verstärkten Selbstbezogenheit im Rahmen von Depression und erscheint daher plausibel (vgl. Kapitel 4.2). In einem zweiten Schritt wurde im Rahmen einer Moderationsanalyse der gemeinsame Effekt von Third-Person-Wahrnehmungen und einer Depression auf individuelle Einstellungen gegenüber Suiziden exemplarisch überprüft. Es zeigt sich sowohl für einen Messzeitpunkt, aber auch mittelfristig über den Zeitraum von etwa einem Monat, dass der Effekt von Third-Person-Wahrnehmungen auf die eigenen Einstellungen gegenüber Suiziden bei zunehmender Depression verschwindet.

Insgesamt sprechen die bisherigen Befunde deutlich für das medienbezogene Diathese-Stress-Modell. Unter Berücksichtigung zentraler Randbedingungen für Depressionen erwies sich der Zusammenhang von Depressionen sowohl mit der Mediennutzung, der Medienrezeption als auch mit der Medienwahrnehmung. Hinsichtlich der Medienwahrnehmung finden sich überdies Hinweise darauf, dass diese Befunde zeitstabil sind. Für die vorliegende Arbeit schafft das medienbezogene Diathese-Stress-Modell die Grundlage für weitere Analysen, die stärker den Ausgangspunkt der Studie in den Blick nehmen, nämlich die Interaktion von Medien und Suizidalität. Dass bei dieser Betrachtung zentrale Prädispositionen wie eine Depression nicht (wie bisher so oft) außer Acht gelassen werden sollten, dafür liefern die Befunde zum Themenkomplex 1 belastbare Hinweise. Dementsprechend können wir den zuvor gestrichelten Zusammenhangspfeil in dem Modell nun als bestätigten Pfeil zeichnen, wie in der resümierenden Abbildung zu Themenkomplex 1 zu sehen ist.

Abbildung 28. Modifikation des Gesamtmodells am Ende von Themenkomplex 1

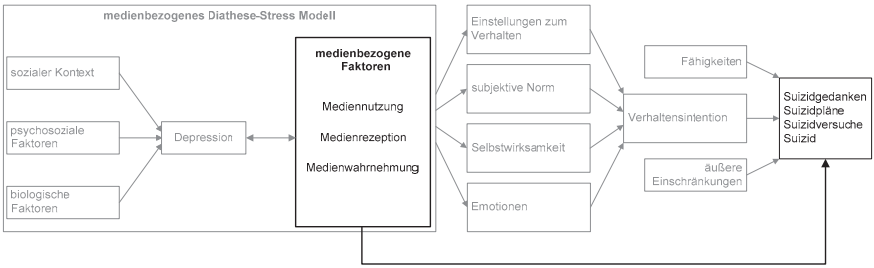


Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

8.3 Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf nicht-letale Formen von Suizidalität

Der zweite Themenkomplex greift die medienbezogenen Faktoren (Mediennutzung, Medienrezeption und Medienwahrnehmung) auf und bringt diese mit einem erweiterten Verständnis von Suizidalität in Verbindung. Damit greifen wir ein Forschungsdefizit auf, das zahlreiche Untersuchungen dieses Forschungsfeldes betrifft (vgl. Kapitel 1.2.1). Zur Beantwortung der Forschungsfragen ziehen wir einige der zuvor untersuchten Subdimensionen von Mediennutzung, -rezeption bzw. -wahrnehmung heran. Es wurde bereits deutlich darauf hingewiesen, dass die Suizidologie heute unter dem Begriff der Suizidalität ein breites Spektrum suizidaler Verhaltensweisen und Gedanken (vgl. Kapitel 2.1.1) versteht. Dieses erweiterte Begriffsverständnis soll im Rahmen des vorliegenden Themenkomplexes in Bezug zu einem differenzierten Verständnis der Medienzuwendung gesetzt werden. Im Gesamtmodell zur Wirkung von Suiziddarstellungen in den Medien lässt sich der Themenkomplex 2 also wie in Abbildung 29 verorten.[92]

Abbildung 29. Themenkomplex 2: Einflüsse von Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf nicht-letale Formen von Suizidalität



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

92 Die Darstellung berücksichtigt bereits die Befunde aus Themenbereich 1. Tatsächliche Suizide sind in der Abbildung vor allem für ein vollständiges Begriffsverständnis von Suizidalität ebenso hervorgehoben wie Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche, werden in den nachfolgenden Analysen jedoch nicht untersucht. Hinweise darauf, welchen Einfluss Medien auf tatsächliche Suizide haben können, würden Studiendesigns liefern, die ähnlich der CDC-Studie, auf Personen mit beinahe letalen Suizidversuchen fokussieren (Beautrais et al., 1996; Hawton, 2001; Kresnow et al., 2001; O'Carroll, Crosby, Mercy, Lee & Simon, 2001).

Die drei Forschungsfragen, die zu Themenkomplex 2 formuliert wurden, lauten:

F2.1 *Welchen Einfluss hat die individuelle Mediennutzung auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

F2.2 *Welchen Einfluss hat die individuelle Medienrezeption auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

F2.3 *Welchen Einfluss hat die individuelle Medienwahrnehmung auf (nicht-letale) Formen suizidaler Verhaltensweisen (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche)?*

Stellvertretend für die Mediennutzung wird die Nutzungsdauer verschiedener Medien untersucht. Die Medienrezeption wurde operationalisiert als die Erinnerung an einen (fiktiven oder realen) Suizidfall in den Medien. Um die Medienwahrnehmung abzubilden, wurde basierend auf den Befunden in Tabelle 24 auf First-Person-Wahrnehmungen fokussiert. Für die Beantwortung der Forschungsfragen werden dann zwei Perspektiven eingenommen: Die erste Perspektive richtet sich auf die grundsätzlichen Zusammenhängen zwischen den Untersuchungsgrößen innerhalb einer belastbaren Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung, aus der zweiten Perspektive wird die mittelfristige Stabilität dieser Befunde über den Zeitraum von etwa einem Monat innerhalb der zweiwelligen Online-Panelbefragung betrachtet. Das zentrale Konstrukt zur Beantwortung der Forschungsfragen in Themenkomplex 2 wurde mithilfe der Skala zur Erfassung von Suizidalität nach Pöldinger gemessen (Haenel & Pöldinger, 1986; Pöldinger, 1968). Die Skala besteht aus insgesamt 16 Ja-Nein-Fragen, die sowohl wesentliche Risikofaktoren für bzw. protektive Faktoren von Suizidalität abdecken (Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche, Hoffnungslosigkeit, kognitive Verengung/Problemzentrierung, soziale Kontakte/Integration, Religiosität, Interessenverlust). Als Cut-off wurde nach Dieris-Hirche, Gieler, Kupfer und Milch (2009, S. 642) bzw. Hodapp, Sicker, Wick und Winkelsträter (1997, S. 57) ein Punktescore von einschließlich 8 definiert. Personen, die also bei mehr als der Hälfte der Fragen zu den Risikofaktoren mit „Ja“ bzw. bei Fragen zu protektiven Faktoren mit „Nein“ geantwortet haben, wurden als Personen mit erhöhter Suizidalität eingestuft.[93]

Analysen im Querschnitt

Zur Beantwortung der drei Forschungsfragen in Themenkomplex 2 wurden die gemeinsamen Auswirkungen aller Modellkomponenten innerhalb eines Gesamtmodells mithilfe von Mplus berechnet. Als Kovariaten in dem Modell wurden diesel-

[93] Diese Personen wurden unverzüglich und nachdrücklich auf Hilfsmöglichkeiten hingewiesen (sowohl in der Telefonbefragung als auch in der Online-Panelbefragung; vgl. Kapitel 7).

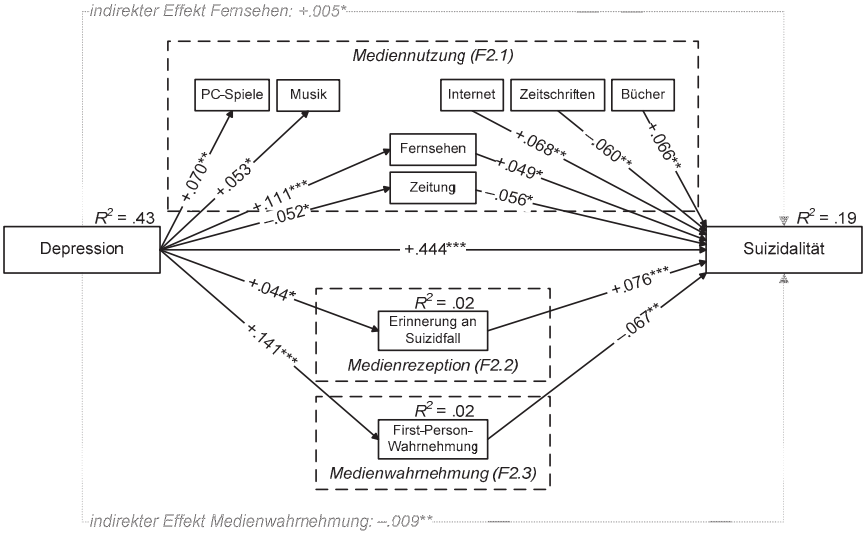
ben bereits bisher im Rahmen des medienbezogenen Diathese-Stress-Modells untersuchten Variablen verwendet.[94] Das Gesamtmodell ist in Abbildung 30 zu sehen, die abgebildeten Koeffizienten sind standardisiert. Da die erhobenen Variablen nicht multinormalverteilt und zudem einzelne Variablen teilweise extrem schief verteilt sind, wurde auf ein Maximum-Likelihood-Schätzverfahren mit robusten Standardfehlern zurückgegriffen. Das Gesamtmodell zeigt einen annehmbaren Modell-Fit (χ^2 = 383.41, *df* = 78, *p* <.001, *RMSEA* = .044, *CFI* = .90, *TLI* = .84, *SRMR* = .035). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden nur signifikante Pfade in der Abbildung angegeben. Drei Bereiche von Themenkomplex 2, zu denen die drei Forschungsfragen formuliert wurden, finden sich getrennt voneinander dargestellt (F2.1 - F2.3).

Der Bereich Mediennutzung (F2.1) weist drei verschiedene Zusammenhänge zwischen dem Depressionsgrad und der individuellen Suizidalität auf. Bestimmte Medien werden bei einer schwereren Depression zwar häufiger genutzt, allerdings steht deren Nutzung wiederum in keinem Zusammenhang zur Suizidalität. Dies trifft etwa auf PC-Spiele (β = .07, *p* = .001) und Musik (β = .05, *p* = .025) zu. Andere Medien werden im Falle einer Depression nicht signifikant häufiger genutzt, können aber zu einer individuell höheren Suizidalität beitragen. Dazu zählen etwa das Internet (β = .07, *p* = .003) und Bücher (β = .07, *p* = .002). Die Nutzung von Zeitschriften (β = –.06, *p* = .005) steht in keiner Verbindung zum Depressionsgrad, trägt aber zu einem Rückgang der individuellen Suizidalität bei. Eine dritte Gruppe von Medien steht gleichzeitig mit der Krankheit Depression und mit Suizidalität in Verbindung. So nimmt etwa die Fernsehnutzung (β = .11, *p* < .001) im Zusammenhang mit einer Depression zu und gleichzeitig kann eine höhere Fernsehnutzung auch zu einer höheren individuellen Suizidalität beitragen (β = .05, *p* = .028). Einen gegenläufigen Effekt erkennt man für die Nutzung von Zeitungen, die einerseits bei zunehmender Depression zurückgeht (β = –.05, *p* = .016), was andererseits wiederum zu einem Anstieg der individuellen Suizidalität führen kann (β = –.06, *p* = .014). Allerdings ist ein solcher indirekter Effekt für das Fernsehen nur schwach zu beobachten (β = .01, *p* = .050). Die Varianzaufklärung des Modells für Depression und Suizidalität liegt bei 43% bzw. 19% und ist damit ebenfalls zufriedenstellend. Unabhängig von den Variablen zur Mediennutzung bestätigt sich der eindeutige Befund des starken Einflusses von Depression auf die individuelle Suizidalität (β = .44, *p* < .001).

---

[94] Gemeinsame Kovariaten von Depression und Mediennutzung im Modell: Alter, Geschlecht; Kovariaten nur von Depression: allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA), Selbstwert.

Abbildung 30. Gesamtmodell zu Themenkomplex 2 (Querschnitt)



Anmerkungen. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. n = 2002; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (78) = 383.41, p <.001, *RMSEA* = .044, *CFI* = .90, *TLI* = .84, *SRMR* = .035
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten, nur signifikante Effekte abgebildet.
Depression nach BDI-V$_T$, Suizidalität entsprechend der Skala zur Abschätzung der Suizidalität nach (Haenel & Pöldinger, 1986). Mediennutzung fünfstufig (gleiche Perzentile), PC-Spiele dichotom (ja-nein). Erinnerung an Suizidfall skaliert von 0 „keine Erinnerung", 1 „Erinnerung an einen realen oder fiktionalen Suizidfall", bis 2 „Erinnerung an einen realen und einen fiktionalen Suizidfall". First-Person-Wahrnehmungen siebenstufig erhoben als Zustimmung zu Aussage von 1 „trifft überhaupt nicht zu" bis 7 „trifft voll und ganz zu".
Kovariaten (nicht abgebildet) von Depression und Mediennutzung im Modell: Alter, Geschlecht; Kovariaten von Depression: allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem"). Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Im Bereich der Medienrezeption (F2.2) liegen insgesamt nur schwache Effekte vor. So führt eine schwerere Depression nur schwach zu einer besseren Erinnerung an einen realen oder fiktiven Suizidfall in den Medien (β = .04, p = .050). Eine bessere Erinnerung an einen medial dargestellten Suizidfall führte wiederum zu einer erhöhten Suizidalität (β = .08, p < .001). Ein indirekter Effekt von Depression auf Suizidalität, vermittelt durch die Erinnerung an einen Suizidfall, war dabei nicht zu beobachten (β = .01, p = .089). Die Varianzaufklärung für die Medienrezeption ist

insgesamt nur sehr gering und liegt bei gerade einmal 2%. Der Einfluss der Erinnerung an medial dargestellte Suizidfälle in den Medien auf die individuelle Suizidalität ist also in diesem Fall begrenzt. Offen sind an dieser Stelle die Befunde im Längsschnitt, die im Anschluss an das Querschnittsmodell diskutiert werden.

Forschungsfrage F2.3 widmet sich der Bedeutung von Medienwahrnehmungen im Zusammenhang mit Depression und Suizidalität. Stellvertretend wurden dafür First-Person-Wahrnehmungen untersucht. Eine schwerere Depression führt zu intensiveren First-Person-Wahrnehmungen, also der Annahme eines hohen Einflusses unerwünschter Medienwirkungen auf die eigene Person ($\beta = .14$, $p < .001$). First-Person-Wahrnehmungen führen selbst wiederum zu einer erhöhten Suizidalität ($\beta = -.07$, $p < .01$). Hier zeigt sich auch ein schwacher, negativer, indirekter Effekt von Depression über First-Person-Wahrnehmungen auf die individuelle Suizidalität: Depressive geben häufiger an, dass ihre eigenen Vorstellungen von Suiziden durch die Medien beeinflusst werden, was folglich zu einer geringeren Suizidalität beiträgt. Der Befund unterstreicht letztlich die Relevanz der Hypothese von Scherr und Reinemann (2011), wonach Depressionen gemeinsam mit Medien zu spezifischen Wahrnehmungen bzw. Medienwirkungsvermutungen führen, die auch für die Suizidforschung relevant sind. Den Analysen zufolge kann der bekanntermaßen starke Zusammenhang von Depression und Suizidalität (vgl. Kapitel 2.3) durch die spezifische Wahrnehmung der Suizidberichterstattung (wenn auch nur schwach) verringert werden.

Analysen im Längsschnitt

Die zweite Perspektive, die nun eingenommen wird, betrachtet die skizzierten Zusammenhänge im Zeitverlauf. Im Fokus steht die mittelfristige Stabilität der Befunde über den Zeitraum von etwa einem Monat. In dem Längsschnittmodell wird der Einfluss einer Depression zum Zeitpunkt t_0 auf die Mediennutzung zum Zeitpunkt t_0 sowie auf die Erinnerung an einen Suizidfall in den Medien zum Zeitpunkt t_1 und auf First-Person-Wahrnehmungen zum Zeitpunkt t_1, also etwa einen Monat später, untersucht. Dafür wurde auf die Daten aus der zweiwelligen Online-Panelbefragung zurückgegriffen. An beiden Befragungswellen haben insgesamt 1.377 Personen vollständig teilgenommen, die die Grundlage für die folgenden Analysen bilden. Für die Längsschnittanalysen wurden erneut die gemeinsamen Auswirkungen aller Modellkomponenten innerhalb eines Gesamtmodells berechnet. Der Modell-Fit erwies sich auch im Längsschnitt (vgl. Abbildung 31) als akzeptabel ($\chi^2 = 335.25$, $df = 92$, $p < .001$, $RMSEA = .044$, $CFI = .91$, $TLI = .87$, $SRMR = .042$). Das Gesamtmodell für die Längsschnittanalyse ist in Abbildung 31 dargestellt. Alle abgebildeten Koeffizienten sind standardisiert. Es kam ebenfalls ein Maximum-Likelihood-Schätzverfahren mit robusten Standardfehlern zum Einsatz. Für die Übersichtlich-

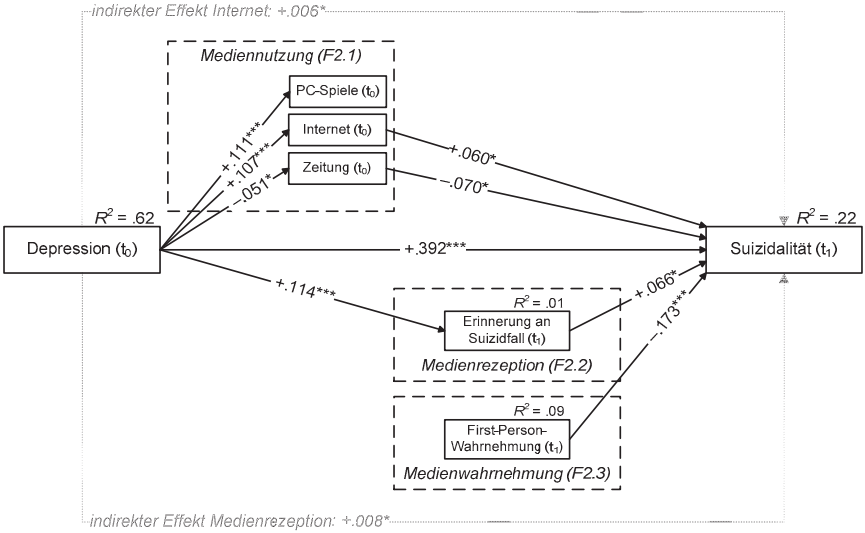
keit gibt die Abbildung erneut nur signifikante Pfade an. Die drei Fragestellungen aus Themenkomplex 2 sind wieder getrennt voneinander dargestellt (F2.1 - F2.3).

Die Online-Panelbefragung zeigt für die Mediennutzung (F2.1 längsschnittlich), dass eine Depression zum Zeitpunkt t_0 insbesondere mit einer intensiveren Nutzung von PC-Spielen ($\beta = .11$, $p < .001$), des Internets ($\beta = .11$, $p < .001$) und mit einer reduzierten Nutzung von Tageszeitungen zum gleichen Zeitpunkt einhergeht ($\beta = -.05$, $p = .048$). Es ergeben sich also im Vergleich zur Repräsentativbefragung durchaus abweichende Zusammenhänge zwischen Depression und Mediennutzungsdauer. Im Hinblick auf die Suizidalität etwa einen Monat später geht die intensivere Internetnutzung mittelfristig mit einer erhöhten Suizidalität einher ($\beta = .06$, $p = .020$), im Gegensatz zur Nutzung von Tageszeitungen, die einen Monat später mit einer geringeren Suizidalität verbunden ist ($\beta = -.07$, $p = .011$). Trotz der erhebungsspezifischen Unterschiede bewegen sich die einzelnen Effektstärken (quer- bzw. längsschnittlich) etwa auf gleichem Niveau, was für eine mittelfristige Stabilität der Befunde spricht. Das Modell erklärt 62% der beobachteten Varianz von Depressionen und 22% der Varianz von Suizidalität und ist damit zufriedenstellend.

Hinsichtlich der Medienrezeption (F2.2 längsschnittlich) wurde untersucht, welche Auswirkungen der Depressionsgrad zum Zeitpunkt t_0 auf die Erinnerung an Suizidfälle in den Medien einen Monat später (t_1) hat. Eine Depression unterstützt die Erinnerung an einen fiktionalen oder realen Suizidfall in den Medien ($\beta = .11$, $p < .001$). Die Erinnerung an eine Suiziddarstellung aus den Medien erhöht gleichzeitig die Suizidalität zu diesem Zeitpunkt (t_1) ($\beta = .07$, $p = .011$). Daraus ergibt sich insgesamt ein schwacher, positiver indirekter Effekt einer Depression (t_0) und der Medienrezeption (t_1) auf die Suizidalität (t_1) ($\beta = .008$, $p = .043$).[95]

[95] Es wurde außerdem ein Modell gerechnet, in dem die gemeinsamen Auswirkungen von einer Depression und der Erinnerung an einen medialen Suizidfall zu t_0 auf die Suizidalität (t_1) betrachtet wurden (Modell-Fit: $\chi^2 = 361.83$, $df = 92$, $p < .001$, *RMSEA* = .046, *CFI* = .90, *TLI* = .86, *SRMR* = .043). Bei insgesamt akzeptablem Modell-Fit fördert eine Depression zwar zum gleichen Zeitpunkt ebenso deutlich die Erinnerung an einen Suizidfall aus den Medien wie einen Monat später, allerdings verschwindet der Effekt der Erinnerung (t_0) auf die Suizidalität (t_1).

Abbildung 31. Gesamtmodell zu Themenkomplex 2 (Längsschnitt)



Anmerkungen. Zweiwellige Online-Panelbefragung; n = 1.377; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren.
χ^2 (92) = 335.25, p <.001, *RMSEA* = .044, *CFI* = .91, *TLI* = .87, *SRMR* = .042
* p < .05 ** p < .01 *** p < .001
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten, nur signifikante Effekte abgebildet.
Depression nach BDI-V$_T$, Suizidalität entsprechend der Skala zur Abschätzung der Suizidalität nach (Haenel & Pöldinger, 1986). Mediennutzung fünfstufig (gleiche Perzentile), PC-Spiele dichotom (ja-nein). Erinnerung an Suizidfall skaliert von 0 „keine Erinnerung", 1 „Erinnerung an einen realen oder fiktionalen Suizidfall", bis 2 „Erinnerung an einen realen und einen fiktionalen Suizidfall". First-Person-Wahrnehmungen siebenstufig erhoben als Zustimmung zu Aussage von 1 „stimme überhaupt nicht zu" bis 7 „stimme voll und ganz zu".
Kovariaten (nicht abgebildet) von Depression und Mediennutzung im Modell: Alter, Geschlecht; Kovariaten von Depression: Tage zwischen den beiden Erhebungswellen, allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA-Skala zur Erfassung der Einsamkeit), Selbstwert („self-esteem"). Höhere Werte entsprechen jeweils einer höheren Ausprägung in Richtung des erfassten Konstrukts.

Schließlich wird der Einfluss einer Depression auf die Medienwahrnehmung und deren Auswirkung auf die individuelle Suizidalität einen Monat später untersucht (F2.3 längsschnittlich; vgl. Abbildung 31). Eine Depression hat zum Zeitpunkt t_0 keinen deutlichen Einfluss auf die Wahrnehmung der Medien (hier operationalisiert als First-Person-Wahrnehmungen) einen Monat später (t_1). Der negative Einfluss der First-Person-Wahrnehmungen auf die individuelle Suizidalität zum gleichen Messzeitpunkt (t_1) ist dabei deutlicher als in der repräsentativen Telefonbefragung (β

= –.173, $p < .001$).[96] Ein indirekter Effekt der Medienwahrnehmung zeigt sich demnach nicht mehr im Zeitverlauf.

Damit lassen sich die Forschungsfragen zu Themenkomplex 2 zusammenfassend wie folgt beantworten:

- Im deutlichen Zusammenwirken von Depression und Suizidalität spielen Medien sowohl kurz- als auch mittelfristig grundsätzlich eine Rolle. Das theoretische Modell der Untersuchung bestätigte sich insofern empirisch.
- Der zusätzliche Effekt, den die Mediennutzung zusammen mit einer Depression auf die individuelle Suizidalität kurzfristig ausübt, ist zwar schwach, verstärkt aber die suizidalen Symptome. Dieser Effekt bleibt mittelfristig (hier: im Abstand von etwa einem Monat) in etwa gleich stark bestehen.[97]
- Im Zeitverlauf zeigen sich sowohl medien- als auch depressionsspezifische Effekte der Mediennutzungsdauer[98] auf die Suizidalität. Dafür wurden die Daten mithilfe autoregressiver Modelle analysiert.[99] Während bei schweren Formen der Depression insbesondere das Internet eine schädliche Wirkung im Hinblick auf die Suizidalität haben kann, ist für Personen mit schwächerer Depression das Fernsehen am gefährlichsten für die individuelle Suizidalität. Für die Kausalitätsprüfungen zeigt sich im Detail:
    - *Tageszeitung*: Bei Personen mit geringerem Depressionsgrad führt eine erhöhte Suizidalität mittelfristig zu einer geringeren Zeitungsnutzung. Der umgekehrte Effekt, wonach eine höhere Zeitungsnutzung die Suizidalität reduziert, zeigte sich dagegen nicht. Bei Personen mit schwerer Depression verschwinden diese Zusammenhänge allerdings.
    - *Internet*: Bei Personen mit niedriger Depression lässt sich mittelfristig kein kausaler Effekt zwischen der Internetnutzung und der individuellen Suizidalität ausmachen. Bei Personen mit schwerer Depression

---

96 Auch für diese Fragestellung wurde ein Alternativmodell berechnet, in dem die gemeinsamen Auswirkungen von einer Depression und First-Person-Wahrnehmungen zu t_0 auf die Suizidalität (t_1) betrachtet wurden (Modell-Fit: $\chi^2 = 361.83$, $df = 92$, $p < .001$, $RMSEA = .046$, $CFI = .90$, $TLI = .86$, $SRMR = .043$). Bei insgesamt akzeptablem Modell-Fit, fördert eine Depression (t_0) zum gleichen Zeitpunkt keine First-Person-Wahrnehmungen (t_0) in der Online-Befragung, die ihrerseits auch keine mittelfristigen Auswirkungen auf die Suizidalität (t_1) der Befragten entfalten.

97 Bei den hier zusammengefassten Befunden werden gleichzeitig „cross-lagged"-Effekte (zeitliche Kausalität zwischen Suizidalität, Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung) berücksichtigt, die mithilfe von manifesten autoregressiven Modellen analysiert wurden. Dabei wurden die Unterschiede zwischen hohem und niedrigem Depressionsgrad im Rahmen von multiplen Gruppenvergleichen berücksichtigt. Im Unterschied zu den Analysen zu Themenkomplex 2 werden die Ausprägungen der untersuchten Variablen zu beiden Messzeitpunkten gleichzeitig berücksichtigt. Die entsprechenden Modelle sind auf Anfrage beim Autor erhältlich.

98 Für die Analysen der hier besprochenen Medien (Tageszeitung, Internet, Fernsehen) wurde die in Minuten erhobene Mediennutzungsdauer so umkodiert, dass sich die Antwortzeiten auf fünf gleiche Perzentile verteilen.

99 Nähere Informationen zu den Cross-Lagged Analysen sind auf Anfrage beim Autor erhältlich.

zeigt sich (für die allgemeine Internetnutzung) dagegen, dass eine höhere Internetnutzung mittelfristig tendenziell zu einer höheren Suizidalität führt. Der umgekehrte Effekt, wonach eine höhere Suizidalität die allgemeine Internetnutzungsdauer beeinflusst, zeigte sich dagegen nicht.[100]

  - *Fernsehen*: Bei Personen mit niedriger Depression lässt sich mittelfristig beobachten, dass eine höhere Fernsehnutzung tendenziell zu einer höheren individuellen Suizidalität führt. Der umgekehrte Effekt (Suizidalität führt zu erhöhter Fernsehnutzung) blieb dagegen aus. Bei Personen mit schwerer Depression liegen keine Effekte zwischen Fernsehnutzung und individueller Suizidalität vor.

- Der zusätzliche Effekt, den die Medienrezeption zusammen mit einer Depression auf die individuelle Suizidalität mittelfristig ausübt, ist in etwa gleich stark wie der zusätzliche Effekt durch die Mediennutzung. Dies ist insofern bemerkenswert, als in der bisherigen Forschung Aspekte der Medienrezeption nahezu keine Rolle spielten. Dies verdeutlicht letztlich den großen Forschungsbedarf in diesem Bereich.
- Die Kausalanalyse zeigt, dass die Medienrezeption bei Personen mit schwacher Depression die individuelle Suizidalität mittelfristig reduzieren kann. Bei starken Depressionen tritt dieser Effekt nicht mehr auf. Umgekehrt führt bei starken Depressionen eine höhere Suizidalität dazu, dass mittelfristig bei den Befragten deutlich mehr Suizidfälle in Erinnerung bleiben.
- Die individuelle Medienwahrnehmung kann die Auswirkungen von Depressionen auf die Suizidalität reduzieren. Der Effekt ist allerdings, im Gegensatz zu experimentellen Studien (vgl. Scherr & Reinemann, 2011), nicht so deutlich zu erkennen.
- Die Multigruppen-Panelanalysen über zwei Messzeitpunkte im Abstand von einem Monat zeigen, dass die Medienwahrnehmung sowohl bei der Gruppe mit schwacher Depression als auch bei der Gruppe mit schwerer Depression zu einer höheren individuellen Suizidalität führt. Der Effekt ist allerdings bei schwerer Depression um ein Vielfaches stärker ausgeprägt. Vor diesem Hintergrund erstaunt es umso mehr, dass der Einfluss von Medienwahrnehmungen auf die individuelle Suizidalität bisher mit wenigen Ausnahmen (z.B. Scherr & Reinemann, 2011) nicht intensiver erforscht wurde.

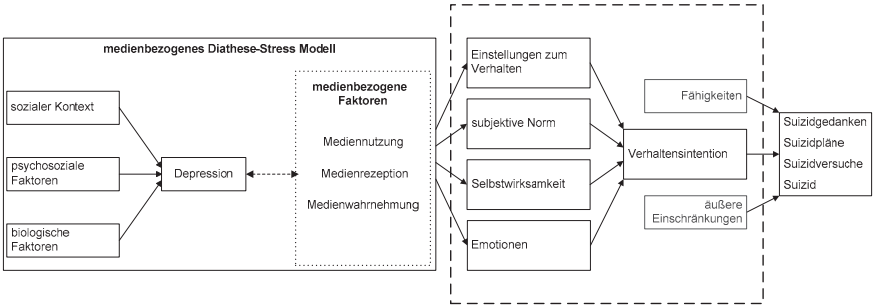
---

100 An dieser Stelle sei allerdings explizit darauf verwiesen, dass diese Beobachtung auf der Abfrage der allgemeinen Internetnutzungsdauer beruht und keine speziellen Internetanwendungen berücksichtigt. Für spezielle Anwendungen wiesen bereits Scherr und Reinemann (2014) auf die Existenz auch abweichender Befunde hin.

8.4 Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen

Der dritte Themenkomplex widmet sich dem gemeinsamen Einfluss von depressiven, biologischen bzw. psychosozialen Prädispositionen sowie verschiedenen Aspekten des Medienhandelns auf (nicht-letale) Formen von Suizidalität unter Berücksichtigung handlungstheoretisch relevanter Einflussvariablen. Es geht in Themenkomplex 3 also um die Überprüfung gemeinsamer Einflussstrukturen zwischen dem medienbezogenen Diathese-Stress-Modell (*Themenkomplex 1*), dem breiten Verständnis von Suizidalität (*Themenkomplex 2*) und insbesondere um den Stellenwert individueller Einflussvariablen, die auf diese Zusammenhänge einwirken. Die Überlegungen dazu beruhen sowohl auf handlungstheoretischen Erklärungsansätzen, wie der Theory of Planned Behavior (TPB) (Ajzen, 1991; Rossmann, 2011), die sich insbesondere für den Medienkontext als brauchbar erwiesen haben, als auch auf der sozialkognitiven Theorie nach Bandura (Bandura, 1986, 2001), die zur Erklärung von Nachahmungssuiziden häufig herangezogen wird. Auf die zahlreichen Parallelen der beiden Ansätze wurde überdies bereits hingewiesen (LaRose, 2009). Beide Modelle erklären insbesondere die Prozesse bzw. die Bedingungen, die im Medienkontext dafür verantwortlich sind, dass Suizidgedanken oder -pläne entstehen oder suizidale Verhaltensweisen tatsächlich ausgeführt werden. Zu den wichtigsten dieser Einflussvariablen zählen Einstellungen gegenüber suizidalen Verhaltensweisen, subjektive Normvorstellungen gegenüber Suiziden, die eigene wahrgenommene Selbstwirksamkeit, Emotionen, die durch Medienzuwendung entstehen sowie eine daraus resultierende Intention zu suizidalem Verhalten. In Themenkomplex 3 werden die Komponenten aus den ersten beiden Themenkomplexen zusammen mit diesen handlungsrelevanten Einflussgrößen untersucht. Diese Komponenten wurden bereits im Rahmen des Gesamtmodells dieser Untersuchung theoretisch verortet. Zur Erinnerung ist insbesondere der Modellausschnitt hervorgehoben (gestrichelte Linie), der die Ergänzungen des dritten Themenkomplexes beinhaltet. Dies verdeutlicht die nachstehende Abbildung 32.

Abbildung 32. Themenkomplex 3: Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen



Anmerkung. Eigene Darstellung nach Fishbein und Cappella (2006, S. S2) bzw. Rossmann (2011, S. 87)

Im Rahmen des dritten Themenkomplexes werden nun die folgenden Fragen beantwortet:

F3.1 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Mediennutzung und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

F3.2 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Medienrezeption und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

F3.3 *Welchen Einfluss haben suizidrelevante Prädispositionen auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen, wenn die individuelle Medienwahrnehmung und handlungsrelevante Einflussgrößen kontrolliert werden?*

Die Fragen werden erneut aus zwei verschiedenen Perspektiven beantwortet: einer querschnittlichen und einer längsschnittlichen. Um die Mediennutzung im Rahmen dieses Modells abzubilden, wurde die Nutzungsdauer verschiedener Medien herangezogen. Die Medienrezeption wurde als die Erinnerung an einen fiktiven oder realen Suizidfall in den Medien operationalisiert und First-Person-Wahrnehmungen stehen für den Aspekt der Medienwahrnehmung. Zur Messung von Einstellungen gegenüber Suizidalität wurde der Summenindex aus zwei Items verwendet, die die Einstellung „Recht auf Suizid“ in der Formulierung nach Knight, Furnham und Lester (2000) aus dem „Suicide Opinion Questionnaire (SOQ) nach Domino, Moore, Westlake und Gibson (1982) abbilden. Stellvertretend für subjektive Normvorstellungen wurde ein Mittelwertindex aus vier Items des „Reasons for Living“ Inventars verwendet (Osman et al., 1998). Selbstwirksamkeit wurde anhand von drei

Items der Skala nach Hinz, Schumacher, Albani, Schmid und Brähler (2006) gemessen. Stellvertretend für die emotionalen Einflüsse im Rahmen des Gesamtmodells wurde die affektive Empathiefähigkeit gegenüber Medienfiguren erfasst. Dazu wurde ein entsprechendes Item der Skala nach Früh und Wünsch (2009) verwendet. Die verhaltensrelevanten Modellaspekte wurden entsprechend der Untersuchung von Fu, Chan und Yip (2009) operationalisiert, die im Zusammenhang von Medien und Suizidalität nach Bandura (2001) zwischen der Motivation und Demotivation zu einer Handlung unterscheiden und zusätzlich die konkrete Erinnerung an Details aus medialen Suizidberichten berücksichtigen (im Original der Modellbaustein „Retention"). Die Variablen wurden jeweils mit einem Item erfasst und erwiesen sich in dieser Form bereits in der Untersuchung von Fu, Chan und Yip (2009, S. 40) als brauchbar zur Erklärung von Suizidalität. Zur Messung von Suizidalität wurde auf die Skala nach Haenel und Pöldinger (1986) zurückgegriffen. Für die Beantwortung der Forschungsfragen wurden dann, wie auch bereits in Themenkomplex 2, zuerst quer- und anschließend längsschnittliche Analysen durchgeführt.

Analysen im Querschnitt

Zunächst werden die drei Forschungsfragen zu Themenkomplex 3 anhand der Querschnittsdaten aus der repräsentativen Telefonbefragung beantwortet. Dabei werden die einzelnen Komponenten des theoretischen Modells dieser Untersuchung miteinander verknüpft (vgl. Abbildung 15), die in den vorangegangenen Abschnitten einzeln herausgegriffen und näher diskutiert wurden. Die Kovariaten im Modell sind dieselben Untersuchungsgrößen wie in den bisherigen Analysen.[101] Das Gesamtmodell in Abbildung 33 zeigt standardisierte Pfadkoeffizienten. Die Linienbreite visualisiert die Effektstärke, wobei dickere Linien für stärkere Pfadkoeffizienten stehen (vgl. detaillierter dazu die Anmerkung zur Abbildung). Da die Modellvariablen nicht multinormalverteilt und zudem einzelne Variablen teilweise schief verteilt sind, kam ein Maximum-Likelihood-Schätzverfahren mit robusten Standardfehlern zum Einsatz. Das Gesamtmodell weist einen annehmbaren Modell-Fit auf (χ^2 = 690.67, *df* = 158, *p* <.001, *RMSEA* = .042, *CFI* = .91, *TLI* = .81,

[101] Gemeinsame Kovariaten: Alter, Geschlecht; Kovariaten nur von Depression: allgemeiner Gesundheitszustand (WHO-5), Einsamkeit (UCLA), Selbstwert; Depression kontrolliert für subjektive Norm, Selbstwirksamkeit, affektive Empathie, Motivation, Suizidalität. Residualkorrelationen erlaubt zwischen Mediennutzungsmotiven, der Mediennutzungsdauer für die verschiedenen Medien, der Einstellung zu Suizid, der subjektiven Normvorstellung, der Selbstwirksamkeit, und affektiver Empathie sowie zwischen Motivation, Demotivation und Erinnerung an Details (vgl. zu dieser Thematik Cole, Ciesla & Steiger, 2007). Über die Pfade des theoretischen Modells hinaus wurden auf Basis von „Modifikationsindizes" zwei weitere Pfade ergänzt um den Modell-Fit zu verbessern. Erstens der Pfad von „Erinnerung an Suizidfall" zu „Erinnerung an Details" und zweitens der Pfad von First-Person-Wahrnehmungen zu Demotivation.

SRMR = .033). Aufgrund der Komplexität des Modells wurden nur die signifikanten Pfade in der Abbildung eingezeichnet und die Nutzungsdauer der verschiedenen Medien durch stellvertretende Buchstaben (A-G) als Legendenverweise ersetzt. Konstrukte, auf die zwar Pfeile zeigen, von denen allerdings keine signifikanten Pfade mehr ihren Ursprung nehmen, sind zusammen mit den hinführenden Pfaden grau hinterlegt.[102]

Depression → Mediennutzungsmotive → Mediennutzung

Deutliche Effekte zeigen sich im Modell etwa zwischen Depression und den beiden Medienzuwendungsmotiven „surveillance" und „escape", die ihrerseits mit der Nutzung verschiedener Medien assoziiert waren (vgl. Motive der Mediennutzung in Kapitel 8.2.1). Je höher der Depressionsgrad, desto wichtiger wird das Motiv des sozialen Scannens der Umwelt ($\beta = .16$, $p < .001$) und das Motiv der Alltagsflucht ($\beta = .26$, $p < .001$). Dieser Befund knüpft eng an die Studie von Canary und Spitzberg (1993, S. 814) an, die allerdings einen negativen Zusammenhang zwischen „chronischer Einsamkeit" (im Gegensatz zu unserem klinischen Verständnis von der Krankheit Depression) und eskapistischen Motiven der Mediennutzung sowie einen positiven Zusammenhang zum Scannen der sozialen Umwelt (Nutzungsmotiv: „surveillance") feststellte. Die vorliegenden Studie gibt ferner deutliche indirekte Effekte des Depressionsgrades auf die Nutzungsdauer verschiedener Medien nur für das Nutzungsmotiv „surveillance" zu erkennen: Der Effekt des Depressionsgrades ist bei vorhandenem Nutzungsmotiv soziales Scannen der Umwelt am größten auf die Nutzung von Fernsehen ($\beta_{ind} = .02$, $p = .002$, 95% CI [.006, .026]) und Magazinen ($\beta_{ind} = .02$, $p = .002$, 95% CI [.007, .028]). Je depressiver die Befragten und je ausgeprägter das Motiv sozialer „surveillance", umso geringer ist gleichzeitig die Nutzung von Büchern ($\beta_{ind} = -.01$, $p = .009$, 95% CI [–.022, –.003]). Für eskapistische Nutzungsmotive zeigten sich demgegenüber keine deutlichen indirekten Effekte des Depressionsgrades auf die Nutzungsdauer verschiedener Medien. Canary und Spitzberg (1993, S. 814) untersuchten ebenfalls Zusammenhänge zwischen den Motiven zur Mediennutzung und der tatsächlichen Nutzung verschiedener Medien für chronisch einsame Personen. Der Studie zufolge war etwa das Motiv des sozialen Scannens der Umwelt bei stark einsamen Personen besonders deutlich mit den beiden Medien Fernsehen und Radio verbunden. Eskapistische Nutzungsmotive waren dagegen bei einsamen Personen insgesamt schwächer ausgeprägt als bei weniger einsamen Personen. Die vorliegende Arbeit knüpft folglich eng an diese

[102] Man erkennt etwa, dass die Selbstwirksamkeit bzw. die Demotivation im Rahmen des Gesamtmodells zu Depression, Medien und Suizidalität keine zentrale Rolle spielen, da von diesen beiden Konstrukten keine signifikanten Pfade mehr ausgehen.

Studie an und erweitert deren Perspektive auf das klinisch relevante Forschungsfeld zu Depressionen.

Depression → Mediennutzungsmotive → Medienwahrnehmung → subjektive Normvorstellung

Gerade Personen, die Medien nutzen, um ihr soziales Umfeld zu scannen, neigen dazu, auch Medienwirkungen auf die eigene Person zu überschätzen ($\beta = .17$, $p < .001$; Effekt entspricht höherer First-Person-Wahrnehmung). Dazu trägt indirekt auch der Depressionsgrad bei, der dazu führt, dass First-Person-Wahrnehmungen dann höher ausfallen, wenn auch das Motiv der Überwachung der sozialen Umwelt stärker im Vordergrund steht ($\beta_{ind} = .03$, $p < .001$, 95% CI [.013, .042]). Medienwahrnehmungen stehen in dem Modell wiederum in deutlicher Verbindung mit subjektiven Normvorstellungen. Diese werden in der vorliegenden Arbeit als Einstellungen zum Leben aufgefasst, die wiederum (im Falle einer negativen Ausprägung) einen wichtigen Disinhibitor für Suizidalität darstellen können. Die Studie verwendet dafür das „Reasons-for-Living-Inventar" zur Operationalisierung. Je stärker die Befragten angegeben haben, dass ihre Vorstellungen von Medienberichten über Suizide beeinflusst werden, desto mehr stimmten sie Gründen des Weiterlebens zu ($\beta = .10$, $p < .001$). Zu diesem Effekt trägt letztlich indirekt ebenfalls das Nutzungsmotiv „surveillance" bei ($\beta_{ind} = .02$, $p < .001$, 95% CI [.008, .027]) und selbst der Depressionsgrad kann einen kleinen positiven Beitrag zu dem indirekten Effekt leisten ($\beta_{ind} = .003$, $p = .006$, 95% CI [.001, .005]), wenn nämlich die Depression dazu führt, dass die Medienzuwendung stärker dem Ziel verschrieben ist, die soziale Umwelt zu überwachen, beispielsweise, um damit einem Teil der Folgen einer Depression (z.B. Einsamkeit) adaptiv bzw. kompensatorisch entgegenzutreten. Dass stärkere Medienwirkungsvermutungen für die eigene Person (positiv) dazu beitragen können, dass Rezipienten verstärkt Gründe für das Weiterleben sehen, spricht letztlich auch dafür, dass die Mediendarstellungen von Suizidalität nicht nur eine schädliche Wirkung entfalten, so wie dies auch Niederkrotenthaler et al. (2010) betonen. Dazu passt auch, dass insbesondere eine intensivere Nutzung von Tageszeitungen in unserem Gesamtmodell zu positiveren individuellen Einstellungen gegenüber Suiziden führt ($\beta = .05$, $p = .032$; vgl. Buchstabe E in Abbildung 33). Ein zusätzlicher indirekter Effekt auf diese Beobachtung durch den Depressionsgrad zeigt sich dagegen nicht. Tendenziell trägt eine Depression allerdings zu einem Rückgang der Zeitungsnutzung bei, wodurch indirekt ein negativer Einfluss auf die Gründe fürs Weiterleben entsteht. Dieser Befund ist allerdings nicht signifikant ($\beta_{ind} = -.004$, $p = .074$, 95% CI [–.008, .000]).

Depression → Mediennutzungsmotive → Medienwahrnehmung → Demotivation von Suizidalität

First-Person-Wahrnehmungen als Folge von Suizidberichten in den Medien können die individuelle Einsicht fördern, dass Suizide bei Freunden und Angehörigen großen Schmerz verursachen (direkter Effekt auf Demotivation: $\beta = .22$, $p < .001$). Dieser Effekt wird indirekt durch das Mediennutzungsmotiv sozialer Umweltbeobachtung und einen höheren Depressionsgrad schwach indirekt verstärkt ($\beta_{ind} = .01$, $p = .001$, 95% CI [.003, .009]). Allerdings wirkt sich die Demotivation nicht weiter direkt auf die individuelle Suizidalität aus ($\beta = -.01$, $p = .82$).

Depression → Erinnerung an Details aus der Suizidberichterstattung → Suizidalität

Spezifische indirekte Effekte wirken außerdem auf die individuelle Suizidalität, die höher ist, wenn sich die Befragten an mehr Details aus der Berichterstattung über Suizide erinnern können. Die Erinnerung an Details wird ihrerseits durch einen schwereren Depressionsgrad gefördert ($\beta_{ind} = .05$, $p < .001$, 95% CI [.027, .063]). Der Befund lässt sich zum Teil mit der kognitiven Verengung und Rumination im Zusammenhang mit Depressionen erklären, wodurch unter Umständen Details der Berichterstattung besser im Gedächtnis bleiben (vgl. die Informationsverarbeitung im Kontext von Suizidalität und Depression: Kapitel 2.1.2, speziell Abbildung 5; Abbildung 9). Neben der Depression kann auch die bloße Erinnerung an einen Suizidfall dazu beitragen, dass sich die Befragten auch an Details in Suizidberichten erinnern konnten. Der entsprechende indirekte Effekt der Erinnerung an einen Suizidfall in Medien über die Erinnerung an Details aus Suizidberichten auf die individuelle Suizidalität ist allerdings schwach ($\beta_{ind} = .02$, $p = .035$, 95% CI [.001, .034]).

Depression → Empathie → Motivation → Suizidalität

Auf die individuelle Suizidalität werden die direkten Auswirkungen der Motivation zum Suizid infolge von Medienberichten[103] deutlich ($\beta = .16$, $p < .001$). Zusätzlich konnte ein ein spezifischer indirekter Effekt des Depressionsgrades auf die Suizidalität beobachtet werden, der über die Motivation vermittelt wird ($\beta_{ind} = .05$, $p < .001$, 95% CI [.027, .063]). Überdies gab es einen direkten Effekt von Empathie auf die Motivation zur Suizidalität ($\beta = -.05$, $p = .04$), der indiziert, dass eine höhere affek-

[103] Item: „Ich habe im letzten Jahr Suizidberichte über Personen verfolgt, die mir recht ähnlich waren, und mir danach gedacht, dass Selbstmord auch nachvollziehbar sein kann."

tive Empathie mit Medienfiguren die Nachvollziehbarkeit von Suizidalität in den Medien verringert. Die Nutzung des Radios ($\beta = -.08$, $p = .001$) und des Fernsehens ($\beta = -.07$, $p = .005$) trägt zur Verringerung affektiver Empathie gegenüber Medienfiguren bei, während die Nutzung des Internets die affektive Empathie erhöht ($\beta = .09$, $p = .001$). Die Nutzungsintensität verschiedener Medien wirkt sich allerdings nicht indirekt über die Empathie und Motivation auf die Suizidalität aus. Die Befunde der Querschnittsanalyse sind in der nachstehenden Abbildung 33 zusammengefasst.

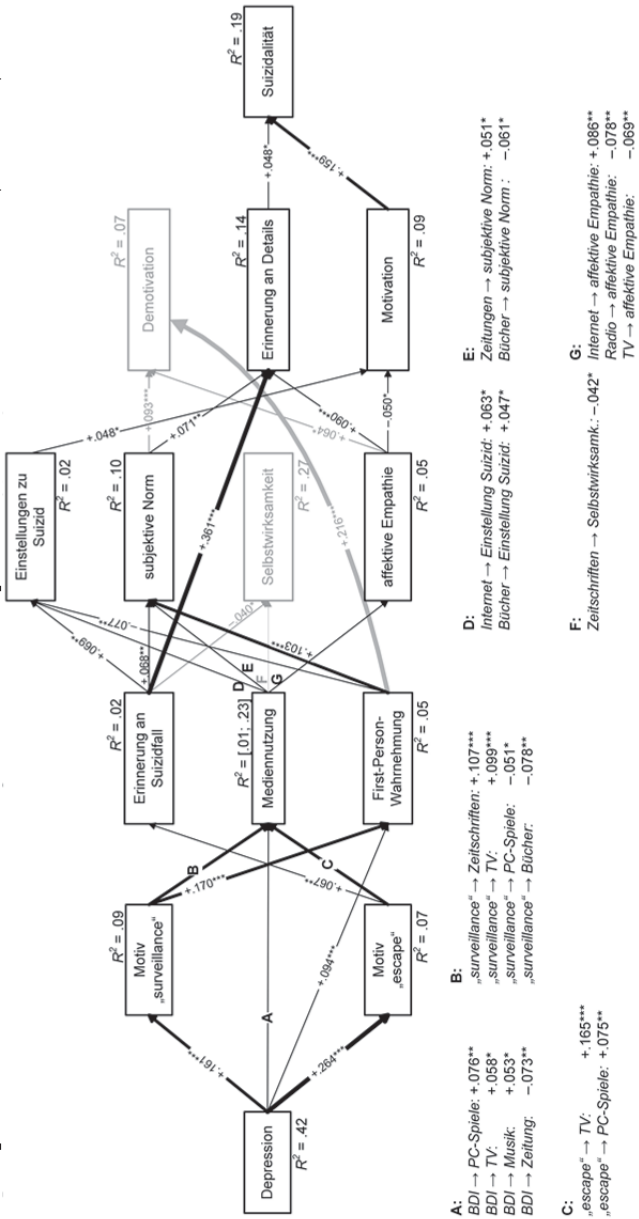
Analysen im Längsschnitt

Bevor auf die Stabilität der Effekte im Gesamtmodell fokussiert wird, wird das Querschnittsmodell aus Abbildung 33 zunächst für die nicht-repräsentativen Daten aus dem Online-Panel repliziert. Die zugrunde liegenden Frageformulierungen der verwendeten Modellitems waren bei beiden Datenerhebungen identisch. Der χ^2-Differenztest (Crayen, 2010), der den Fit der beiden Modelle vergleicht, spricht dafür, dass das Replikationsmodell, das auf den Paneldaten beruht, die Daten sogar noch besser abbildet. Eine entsprechende Abbildung des Modells ist auf Anfrage beim Autor erhältlich. Man erkennt eine akzeptable strukturelle Übereinstimmung zwischen den Befunden aus den beiden Querschnittsanalysen (Telefon- bzw. Online-Panelbefragung). Folglich erachten wir die Paneldaten auch als grundsätzlich dazu geeignet, ergänzende bzw. auf den Befunden der Telefonbefragung aufbauende Längsschnittanalysen durchzuführen.[104]

Bei den Längsschnittanalysen stehen die mittelfristigen Auswirkungen der drei zentralen Untersuchungsgrößen des ersten und zweiten Themenkomplexes im Vordergrund. Es geht also um die mittelfristigen Auswirkungen der Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung auf die handlungsrelevanten Einflussgrößen, die besonders in Themenkomplex 3 betrachtet wurden (vgl. Abbildung 32, schraffierte Markierung). Zur Vereinfachung werden im Rahmen der Längsschnittanalyse anstelle der Mediennutzungsdauer nurmehr die beiden Mediennutzungsmotive („surveillance“ und „escape“) verwendet, um die Modellkomponente Mediennutzung abzubilden.

[104] Selbstverständlich wollen wir damit nicht den Eindruck erwecken, dass man so anhand der Paneldaten bevölkerungsrepräsentative Aussagen treffen kann.

Abbildung 33. Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen (Querschnitt)



Anmerkungen. Daten repräsentativ für Personen ab 18 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland; Stand: August 2013. n = 1879; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren. χ^2 (158) = 690.67, p <.001, *RMSEA* = .042, *CFI* = .91, *TLI* = .81, *SRMR* = .033.
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.
Abgebildet sind standardisierte Koeffizienten, nur signifikante Effekte abgebildet. Drei verschiedene Linienbreiten differenzieren grafisch Effekte ≤ .10, ≤ .20 und >.20.

Im Zentrum der Längsschnittanalyse steht die Frage, welche strukturellen Beziehungen zwischen einer Depression, der individuellen Mediennutzung (hier die beiden Motive „surveillance“ und „escape“), -rezeption und -wahrnehmung sowie den für das Gesamtmodell handlungsrelevanten Einflussgrößen für Suizidalität und der individuellen Suizidalität selbst mittelfristig (über den Zeitraum von etwa einem Monat) bestehen. Die langfristigen Auswirkungen werden im Analysemodell für die handlungsrelevanten Bausteine untersucht, die aus der sozialkognitiven Theorie abgeleitet werden können und deren Auswirkungen auf die individuelle Suizidalität etwa auch bei Fu, Chan und Yip (2009, S. 31) im Zeitverlauf betrachtet wurden (Motivation, Demotivation, Erinnerung an Details). Die Kovariaten sind dieselben Untersuchungsgrößen wie in den bisherigen Analysen.

Man erkennt im Zeitverlauf (vgl. Abbildung 34) vor allem, dass die gemeinsamen Einflüsse von Medienhandeln und handlungsrelevanten Modellelementen nur über die Motivation[105] auf die individuelle Suizidalität einwirken. Komplexere Einflussstrukturen hängen mittelfristig vor allem vom Depressionsgrad ab (*indirekter Effekt*: BDI-V_T → Motivation → Suizidalität: $\beta_{ind} = .07$, $p = .014$), wobei der Effekt tendenziell durch positive subjektive Normvorstellungen gegenüber dem Leben („Reasons for Living“) verringert werden kann (*indirekter Effekt*: subjektive Norm → Motivation → Suizidalität: $\beta_{ind} = -.05$, $p = .048$).

Innerhalb der komplexen Einflussstrukturen schlagen sich allerdings keine nennenswerten medialen Effekte auf die Suizidalität durch. Zumindest tendenziell führen die angenommenen Medienwirkungen auf die eigene Person (First-Person-Wahrnehmungen) allerdings dazu, dass sich die subjektiven Normvorstellungen gegenüber dem Leben verbessern. Dies verringert mittelfristig die Nachvollziehbarkeit von Suiziden (Motivation) und die Suizidalität (*indirekter Effekt*: First-Person-Wahrnehmung → subjektive Norm → Motivation → Suizidalität: $\beta_{ind} = -.01$, $p = .085$). Gleichzeitig lösen Third-Person-Wahrnehmungen einen umgekehrten Effekt auf die Suizidalität aus. Dieser längsschnittliche Befund ist insofern für die Suizidforschung relevant, als in der Diskussion bisher immer mit Medieninhalten argumentiert wurde, denen ein immanent suizidförderndes bzw. suizidpräventives Potenzial zugesprochen wird (vgl. die Diskussion um die Qualität der Berichterstattung, die zu einem Werther- bzw. Papageno-Effekt führt). Hier kann man etwa vor dem Hintergrund der Third-Person-Effekt-Forschung (Andsager & White, 2007) davon ausgehen, dass auch die von Rezipienten subjektiv einem Stimulus (unabhängig von dessen objektiver Beschaffenheit) zugeschriebenen Wirkungen auf die eigene Person und auf andere Personen Normvorstellungen gegenüber dem Leben beeinflussen können und sich darüber auch die individuelle Nachvollziehbarkeit

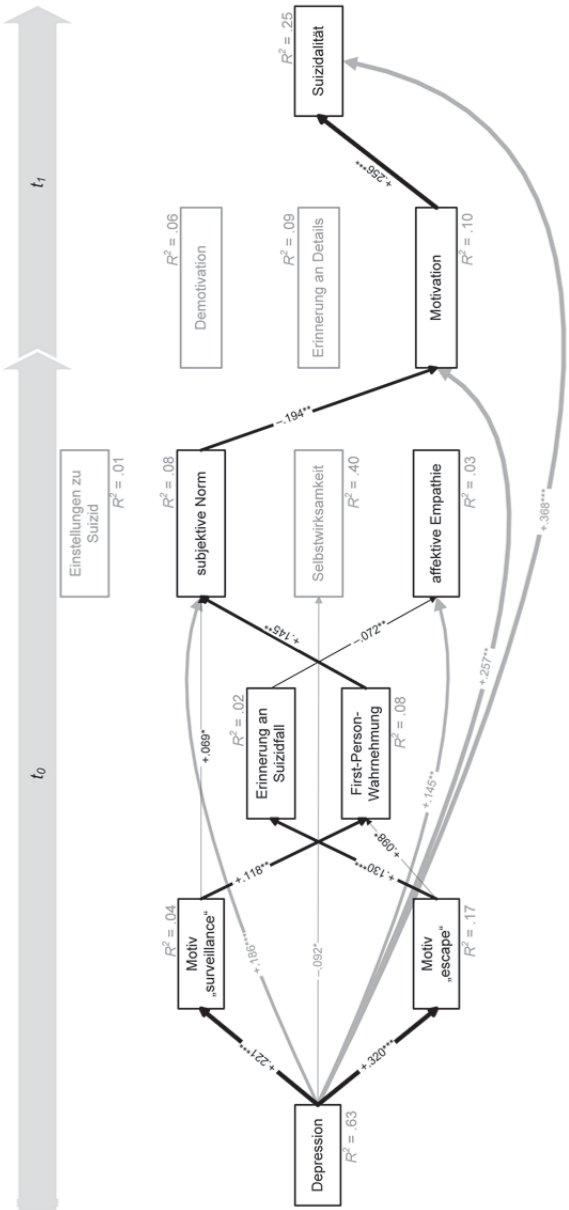
[105] Itemformulierung: „Ich habe im letzten Jahr Suizidberichte über Personen verfolgt, die mir recht ähnlich waren, und mir danach gedacht, dass Selbstmord auch nachvollziehbar sein kann.“

von Suiziden verändert.[106] Die bisherige Forschung ist hingegen bis zuletzt stärker bemüht, schädliche Medieninhalte objektiv zu identifizieren, und blendet dabei die subjektive Wahrnehmung durch die Rezipienten noch aus (John et al., 2014). Auf diesen Missstand haben Scherr und Reinemann (2011) bereits im Kontext von Suizidalität und Depression hingewiesen. Zusammenfassend lassen sich die drei zentralen Fragestellungen zu Themenkomplex 3 wie folgt beantworten:

- Die Querschnittsanalysen anhand einer für die bundesdeutsche Bevölkerung repräsentativen Telefonbefragung zeigen, dass sich suizidrelevante Prädispositionen und handlungsrelevante Einflussgrößen gemeinsam mit dem Medienhandeln grundsätzlich auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen auswirken. Die beobachtbaren Einflussstrukturen sind dabei insgesamt zahlreich und in ihrer Struktur komplex.
- Hinsichtlich der (Motive zur) Mediennutzung lässt sich festhalten, dass ein höherer Depressionsgrad sowohl das Zuwendungsmotiv der sozialen Umweltbeobachtung als auch eskapistische Motive der Mediennutzung fördert. Dabei trägt vor allem das Motiv der sozialen Umweltbeobachtung („surveillance") zu einer gesteigerten Nutzung von Fernsehen und Magazinen bei.
- Hinsichtlich der Medienrezeption zeigt sich, dass ein höherer Depressionsgrad dazu führt, dass sich die Befragten an mehr Details aus der Suizidberichterstattung erinnern konnten, was sich weiter auf die Suizidalität der Befragten auswirkt. Ferner führt bereits die Erinnerung an Suizidberichterstattung dazu, dass auch mehr Einzelheiten erinnert werden und sich damit tendenziell auf die Suizidalität auswirken. Hinsichtlich der Medienwahrnehmung zeigt sich, dass Personen, deren Motivation zur Mediennutzung vor allem in der sozialen Umweltbeobachtung liegt, gleichzeitig dazu tendieren, Medienwirkungen auf die eigene Person zu überschätzen (First-Person-Wahrnehmung). Diese Medienwahrnehmung beeinflusst auf Seiten der Befragten wiederum die subjektiven Normvorstellungen gegenüber dem Leben.
- Längsschnittlich wirken sich suizidrelevante Prädispositionen und Medienhandeln auf (nicht-letale) suizidale Verhaltensweisen vor allem über die handlungsrelevante Modellvariable Motivation aus, also der subjektiven Nachvollziehbarkeit von Suiziden.
- Mittelfristig (über den Zeitraum eines Monats) hängen die beobachtbaren Einflüsse vor allem vom Depressionsgrad ab, der die Motivation zur Suizidalität mittelfristig beeinflusst. Daneben kommt mittelfristig vor allem den subjektiven Normvorstellungen eine entscheidende Bedeutung zu, da diese im Zeitverlauf ebenfalls signifikant auf die Motivation zur Suizidalität einwirken können.

[106] Für detailliertere Aussagen darüber wären beispielsweise experimentelle Studien gewinnbringend, in denen die Einflüsse der Wirkungsvermutungen über konkrete Medieninhalte auf individuelle Normvorstellungen und die Nachvollziehbarkeit von Suiziden untersucht würden.

Abbildung 34. Gemeinsame Einflüsse von Medienhandeln und Prädispositionen auf suizidale Verhaltensweisen (Längsschnitt)



Anmerkungen. Daten nicht repräsentativ; Rekrutierung über das SoSci Panel, Stand: August 2013 (vgl. Kapitel 7.2). n = 1376; multiple lineare Regression (MLR) nach robustem Maximum-Likelihood-Schätzverfahren. χ^2 (68) = 309.22, p <.001, $RMSEA$ = .051, CFI = .93, TLI = .84, $SRMR$ = .051.
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.
Standardisierte Koeffizienten und nur signifikante Effekte abgebildet. Drei verschiedene Linienbreiten differenzieren grafisch Effekte ≤ .10, ≤ .20 und >.20.

9 Diskussion

Den Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit bilden die von Reinemann und Scherr (2011) identifizierten Defizite bei der Erforschung des Zusammenhangs zwischen Medien und Suiziden (vgl. Kapitel 1.2). Diese beziehen sich auf 1) das enge Begriffsverständnis von Suizidalität, das den meisten Studien auf dem Forschungsfeld zugrunde liegt, 2) das Ausblenden wichtiger Rezipienteneigenschaften, 3) den defizitären Umgang mit Forschungsbefunden, 4) den verengten Blick auf relevante Medieninhalte und 5) die Vernachlässigung von Rezeptionsphänomenen im Medienkontext. Die definitorischen Defizite und der defizitäre Umgang mit Forschungsbefunden wurden im theoretischen Teil der Arbeit aufgearbeitet. Im Rahmen der beiden empirischen Untersuchungen – einer für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Telefonbefragung (CATI) und einer nicht-repräsentativen Online-Panelbefragung – zum Thema Depression, Medien und Suizidalität wurden die bisherigen theoretischen Engführungen der Forschung berücksichtigt. Dazu wurde ein integratives Modell zur Erklärung von Nachahmungssuiziden entwickelt und empirisch im Quer- und Längsschnitt geprüft. In dem Modell ist die Depression als zentrale Prädisposition für Suizidalität enthalten. Der Modellvorschlag selbst baut auf den Überlegungen von Fishbein und Cappella (2006) auf und schließt zentrale Komponenten der sozialkognitiven Theorie Banduras, des „Health Belief Model“ und der „Theory of Reasoned Action“ ein (Rice & Atkin, 2009, S. 442). Damit sind sowohl die theoretischen Kerngedanken zur Erklärung von Nachahmungssuiziden als auch einstellungs- und handlungsbezogene Aspekte in dem Modell repräsentiert. Das Modell wurde in drei Themenkomplexe aufgeteilt, zu denen jeweils drei Forschungsfragen formuliert wurden. Die Forschungsfragen greifen dabei die zentralen Defizite bei der bisherigen Erforschung des Zusammenhangs zwischen Medien und Suiziden auf.

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5_9,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

9.1 Diskussion der Befunde zu den drei Themenkomplexen

9.1.1 Diskussion der Befunde zu Themenkomplex 1

Forschungsfrage 1.1: Mediennutzung bei Depression

Das medienbezogene Diathese-Stress-Modell schließt für die Suizidforschung sowohl wichtige Rezipienteneigenschaften (allen voran eine klinisch relevante Depression) als auch Medieninhalte und weitere medienbezogene Faktoren (Mediennutzung, Medienrezeption, Medienwahrnehmung) detaillierter ein, als dies in der bisherigen Forschung der Fall war. Das Modell bildet daher die theoretische Grundlage für den ersten Themenkomplex. *Forschungsfrage 1.1* lässt sich dahingehend beantworten, dass bei einer schweren Depression insbesondere die Nutzung von Fernsehen und Musik, aber auch die Nutzung spezieller Internetanwendungen, wie z.B. Foren mit gesundheitlichem Schwerpunkt oder Selbsthilfeforen, zunimmt. Demgegenüber nahm die (allgemein erfasste) Nutzung des Internets nicht deutliche zu. Für die zahlreichen Forschungsbemühungen zum Einfluss von Tageszeitungen auf Nachahmungssuizide (Etzersdorfer et al., 2004; Gould et al., 2014; Hagihara et al., 2014) dürfte unter anderem der Befund interessant sein, dass bei schwereren Formen der Depression die Nutzung von Tageszeitungen insgesamt zurückgeht. Aufgrund der großen Überschneidungen zwischen Depression und Suizidalität spricht dieser Befund dafür, auch in zukünftiger Forschung zu Nachahmungssuiziden ein breiteres Medienspektrum zu berücksichtigen, anstatt sich nur auf ein Medium zu fokussieren – was sicherlich auch den tatsächlichen Mediennutzungsgewohnheiten der Bevölkerung gerechter wird. Dass eine Depression (bis zu einem gewissen Grad) im Zusammenhang mit einer höheren Fernsehnutzung steht, wurde bereits früh angenommen (Beck, 1967, S. 29; Morgan, 1984, S. 740). Es finden sich jedoch auch empirische Belege dafür, dass Depressionen und Fernsehnutzungsdauer nicht oder sogar negativ miteinander verbunden sind (Böhm, 2012; Linek, 2003; Perloff, 1993; Potts & Sanchez, 1994). Die vorliegende Studie spricht eher für stärker ausdifferenzierte Zusammenhänge zwischen der Nutzungsdauer spezifischer Medienangebote und der Schwere einer Depression. Dazu passen auch die Befunde zur Internetnutzung: Die Forschung liefert einige Hinweise auf einen positiven Zusammenhang zwischen der Internetnutzung und erhöhter Depressivität (Kraut et al., 1998; Sanders et al., 2000; te Wildt, Putzig, Zedler & Ohlmeier, 2007; Young & Rogers, 1998). In der vorliegenden Arbeit zeigte sich ein solcher Zusammenhang allerdings nur zwischen der Nutzung einiger Internetanwendungen und Depression. Damit knüpft die vorliegende Arbeit vielmehr an aktuelle Befunde zur spezifischen Internetnutzung an (Hwang et al., 2009).

Hinsichtlich der inhaltlichen Präferenzen depressiver Mediennutzer ergibt die vorliegende Studie, dass die gängigen Erhebungsverfahren von Genrepräferenzen im Kontext depressiver Erkrankungen grundsätzlich gewinnbringend sind (vgl. Böhm, 2012). So weist die Untersuchung bei schwerer Depression eine deutliche Präferenz für leichte, unterhaltende Formate nach, während die Präferenz für Nachrichteninhalte ebenso deutlich abnimmt. Diese Beobachtung lässt sich einerseits im Sinne einer Komplexitätsreduktion erklären (Böhm, 2012, S. 292–293), andererseits eignen sich aber gerade die im Kontext einer Depression präferierten Liebesfilme/Melodramen vielleicht besonders, um sich mit eigenen Emotionen auseinanderzusetzen, was Steinleitner (2014) als „mediale Rumination" beschreibt. Unter Umständen greift also die Erklärung bestimmter Genrepräferenzen als Weg zur Komplexitätsreduktion insofern zu kurz, als bestimmte Medieninhalte im Krankheitsverlauf zur Auseinandersetzung mit der eigenen Person, ernsthaften Themen oder dem eigenen Leben beitragen können (Bartsch, 2012; Wirth, Hofer & Schramm, 2012). Die reduzierte Nutzung von Informationsangeboten erklärt Böhm (09.02.2012, S. 285) mit dem Konzept des „Repressers" nach Vitouch (2007, S. 179). Demnach führt die Vermeidung der Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten bei psychisch instabilen Menschen zur Vermeidung von Informationen in den Medien, worin Vitouch (2007, S. 181) die Gefahr einer „emotional gap" sieht. Inwiefern diese speziell im Kontext von Depressionen beobachtbar ist und welche Folgen sich daraus ergeben, bedürfte einer genaueren empirischen Überprüfung.

Hinsichtlich der Motive zur Medienzuwendung stehen sich grundlegend Entspannung, Unterhaltung und Information gegenüber. Der vorliegenden Untersuchung zufolge gewinnen im Kontext einer Depression gerade eskapistische Motive („den Alltag vergessen", „Entspannung", „nicht alleine sein", „Spaß und Unterhaltung") an Bedeutung. Auch das soziale Monitoring (vgl. „surveillance" bei Canary und Spitzberg (1993, S. 805)) nimmt bei Depressionen tendenziell zu, während das Motiv Information tendenziell an Bedeutung verliert. Steinleitner (2014) ergänzt den klassischen Motivkatalog der Mediennutzung um ein eudaimonisches Nutzungsmotiv bei stationär behandelten depressiven Patienten, mit denen sie Leitfadeninterviews führte. Aus den Gesprächen folgert Steinleitner (2014) etwa, dass die Patienten auch Medien nutzen, um positive Meta-Emotionen hervorzurufen (Bartsch et al., 2008; Wirth & Schramm, 2007). Dies drückt sich in der vorliegenden Untersuchung am ehesten in den Motiven „Vergleiche mit anderen" und „Einblicke in Leben anderer" aus, die nach Canary und Spitzberg (1993) unter dem Label „social surveillance" zusammengefasst wurden.

Forschungsfrage 1.2: Medienrezeption bei Depression

Die zweite Forschungsfrage des ersten Themenkomplexes fokussiert auf den Stellenwert einer Depression bei der Medienrezeption. Im Rahmen der Untersuchung wurden stellvertretend für die Medienrezeption drei Aspekte näher betrachtet: Parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren, Mood Management und Erinnerung an bestimmte Medieninhalte.

Im Hinblick auf parasoziale Beziehungen sprechen die Befunde der vorliegenden Untersuchung dafür, dass der Depressionsgrad einen schwach positiven Einfluss auf das Auftreten und die Intensität parasozialer Beziehungen hat. Rubin, Perse und Powell (1985) zeigten dagegen anhand von Einsamkeit, dass diese nicht zu verstärkten parasozialen Interaktionen führt. Obwohl Einsamkeit mit Depression assoziiert ist, erlaubt die vorliegende Studie also genauere Einsichten als bei der Fokussierung auf einzelne Begleiterscheinungen. Da parasoziale Beziehungen mit Medienfiguren überdies eng mit Identifikationsprozessen verknüpft sind, wird als deren Folge oft auch Nachahmungshandeln in Betracht gezogen (Giles, 2002, S. 299). Damit lässt sich über die Berücksichtigung einer Depression im Kontext des Werther-Effekts besser erklären, wie Identifikationsprozesse zustande kommen, die ein Kernelement bei der Erklärung von Nachahmungssuiziden darstellen (vgl. Kapitel 3.3).

Im Hinblick auf Mood-Management-Prozesse zeigt die vorliegende Studie, dass im Kontext einer Depression einerseits Medien zum Mood Management präferiert werden, deren Nutzung mit einem geringen Aufwand verbunden ist (vgl. Kapitel 8.2.1). Dies gilt zur Stimmungsregulierung bei schwerer Depression insbesondere für stimmungskongruente Filme und Musik von hoher semantischer Affinität und Medieninhalte mit hohem Absorptionspotenzial. Demgegenüber erwies sich die hedonistische Valenz des Stimulus im Kontext von Depressionen als nachrangig, was eine deutliche Abweichungen vom klassischen Mood Management (Mangold & Bartsch, 2012) darstellt. Auch Steinleitner (2014) findet in Leitfadengesprächen mit stationär wegen Depression behandelten Patienten Anhaltspunkte, die in eine ähnliche Richtung weisen. Die Patienten präferierten „nüchterne bis dramatische und traurige Inhalte und eine Abneigung gegenüber positiven Inhalten“ (Steinleitner, 2014, S. 114), die zu positiven Meta-Emotionen führen (vgl. Bartsch et al., 2008). Dieser Befund lässt sich anhand negativer kognitiver Schemata erklären, die im Kontext einer Depression häufig zu beobachten sind (vgl. Abbildung 8 bzw. Abbildung 9). Der Prozess der medialen Emotionsregulation ist demnach im Kontext von Depressionen einerseits anschlussfähig an existierende Modelle (Bartsch et al., 2008) und andererseits bei Weitem noch nicht erkundet. Qualitative Untersuchungen deuten jedenfalls darauf hin, dass eine Depression im Einzelfall zu extremen Formen im Umgang mit bestimmten Medieninhalten führen können, bis hin zum kategorischen Vermeiden positiver Medieninhalte, was sich vor allem auf negativ gefärbte Kognitionen zurückführen lässt (Steinleitner, 2014).

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass sich über die Hälfte der Deutschen (51.5%) an mindestens einen Suizidfall aus den Medien erinnern kann. Überdies erhöht eine Depression die Wahrscheinlichkeit, sich an eine fiktive Suiziddarstellung aus den Medien zu erinnern, und ist gleichzeitig mit einer geringeren Zuwendung zu non-fiktionalen Medieninhalten verbunden (vgl. Tabelle 18). Vor dem Hintergrund der wegweisenden Studie von Schmidtke und Häfner (1986), die einen zentralen Beleg für die Auswirkungen fiktionaler Medieninhalte auf die individuelle Suizidalität liefert, unterstreicht die vorliegende Untersuchung damit die Relevanz von Depressionen im Kontext des Werther-Effekts. So kann eine Depression erklären, dass die beob-achteten Effekte fiktionaler Medieninhalte auf die individuelle Suizidalität stark ausfallen, weil dadurch die subjektive Bedeutung fiktionaler Medieninhalte höher ist. Diese Erklärung der Befunde geht überdies in eine ähnliche Richtung wie jene von Vitouch (2007, S. 178), wonach sich „Represser" (Personen, die eine Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten vermeiden) seltener Informationsangeboten als vielmehr verstärkt unterhaltenden Formaten zuwenden.

Forschungsfrage 1.3: Medienwahrnehmung bei Depression

Stellvertretend für die Auswirkungen von Depressionen auf die Medienwahrnehmung wurden Third-Person-Wahrnehmungen genauer betrachtet. Vorstudien in diesem Bereich sprachen dafür, dass der Depressionsgrad im Experiment zum Verschwinden von Third-Person-Wahrnehmungen führen kann (Scherr & Reinemann, 2011, S. 629). Die vorliegende Studie bestätigt und erweitert diese Erkenntnisse insofern, als sich zeigte, dass Befragte bei schwererer Depression nicht nur insgesamt von stärkeren Medienwirkungen ausgehen, sondern darüber hinaus die wahrgenommenen Medienwirkungen auf die eigenen Vorstellungen von Suiziden tendenziell stärker beeinflusst werden als wahrgenommene Medienwirkungen auf die Vorstellungen anderer Personen. Ferner erbrachte ein zweiter Analyseschritt Hinweise darauf, dass sich die Medienwahrnehmung unterschiedlich auf individuelle Einstellungen gegenüber Suiziden zum gleichen Zeitpunkt und mittelfristig (einen Monat später) auswirkt: Third-Person-Wahrnehmungen verschlechtern die Einstellungen gegenüber Suiziden auf mittelstarkem Niveau nur bei Personen mit einem Depressionsgrad von weniger als 70 auf der BDI-V_T-Skala. Bei sehr starken Depressionen verschwindet der Effekt dagegen. Der Befund hat zudem auch mittelfristig Bestand. Interessant wäre es in diesem Zusammenhang weiter zu beobachten, welche zusätzlichen Folgen sich aus den negativen Einstellungen gegenüber Suiziden im Zeitverlauf ergeben (spezieller noch im konkreten Fall von Suizidberichterstattung). Es ist schließlich denkbar, dass die negativen Einstellungen gegenüber Suiziden wiederum die Wahrnehmung zukünftiger Berichterstattung beeinflussen,

woraus sich veränderte Medienwirkungsvermutungen ergeben können – eine Abwärtsspirale von Medienwahrnehmungen im Kontext von Depressionen.

9.1.2 Diskussion der Befunde zu *Themenkomplex 2*

Der zweite Themenkomplex bezieht sich auf die Einflussstrukturen zwischen den medienbezogenen Faktoren des Diathese-Stress-Modells und der individuellen Suizidalität, der ein erweitertes Begriffsverständnis zugrunde liegt. Wie in den anderen beiden Themenkomplexen wurden insgesamt drei Forschungsfragen formuliert und im Rahmen der empirischen Untersuchungen beantwortet. Die Diskussion der Befunde orientiert sich daran.

Forschungsfrage 2.1: Mediennutzung und Suizidalität

Eine Depression trägt insbesondere zu einer intensiveren Nutzung des Fernsehens und zu einer geringeren Nutzung von Tageszeitungen bei. Die Nutzung dieser Medien lässt sich wiederum mit der individuellen Suizidalität der Befragten in Zusammenhang bringen. Dabei zeigt sich, dass eine höhere Fernsehnutzung ebenso wie eine geringere Zeitungsnutzung mit einer höheren Suizidalität verbunden ist. Eine Depression trägt also als individuell prädisponierender Faktor zu einer veränderten Mediennutzung bei und wirkt sich damit indirekt auf das individuelle Suizidrisiko aus. Am deutlichsten ist diese Wirkungskette in der bundesdeutschen Bevölkerung für das Fernsehen zu beobachten: Die individuelle Fernsehnutzung kann demnach einen schwachen, allerdings schädlichen Einfluss auf das Suizidrisiko in der Bevölkerung ausüben. Der Befund trat allerdings in den längsschnittlichen Untersuchungen nicht mehr zutage, was gegen die Stabilität des insgesamt schwachen Befundes spricht. Im Zeitverlauf (vgl. Kapitel 7.2 für die genaue methodische Umsetzung) ergab sich stattdessen eine schädliche Wirkungskette von depressionsbedingt erhöhter Internetnutzung auf die individuelle Suizidalität, die in den Repräsentativdaten nicht auftrat. Obwohl Stack (2003) ermittelte, dass Studien zu suizidalen Nachahmungseffekten durch das Fernsehen mit 82% geringerer Wahrscheinlichkeit einen Werther-Effekt entdeckten als Studien zur Wirkung von Tageszeitungen, spricht die vorliegende Untersuchung für die Auswirkungen des Fernsehens. Mithilfe autoregressiver Modelle, die gruppenspezifisch nach der Schwere der Depression berechnet wurden, lassen sich die Befunde überdies genauer spezifizieren: Während eine schwere Depression schädliche Interneteffekte fördert, verhindert eine schwere Depression die schädlichen Fernseheffekte auf die individuelle Suizidalität. Letztere treten in erster Linie bei Personen mit schwächeren Formen von Depressionen auf. Die Befunde sprechen außerdem insgesamt für die Hypothese

einer verringerten Aktivität im Kontext von Depression, die durch die vermehrte Fernsehnutzung und die verringerte Tageszeitungsnutzung verstärkt werden kann. Qualitative Untersuchungen sprechen darüber hinaus dafür, dass es im Kontext einer Depression auch zu einer Art Medienabstinenz kommen kann (Steinleitner, 2014, S. 79). In diesem Fall erscheint es plausibel, dass wiederum die Auswirkungen einer Depression auf die Erinnerung an suizidale Medieninhalte im Hinblick auf die individuelle Suizidalität an Bedeutung gewinnen.

Forschungsfrage 2.2: Medienrezeption und Suizidalität

Stellvertretend für die Medienrezeption wurde im Zusammenspiel mit Depression und individueller Suizidalität die Erinnerung an einen Suizidfall untersucht. In der Repräsentativbefragung ergaben sich dabei keine indirekten Effekte, längsschnittlich wurde dagegen ein schwacher, schädlicher Effekt auf die Suizidalität erkennbar. Depressionen führen demnach mittelfristig dazu, dass sich Rezipienten häufiger an einen Suizidfall in den Medien erinnern und diese Erinnerung erhöht wiederum kurzfristig die individuelle Suizidalität. Aufgrund der depressionsspezifisch fehlerbehafteten Erinnerung (Beck, 1987; Disner et al., 2011) müssten diese Befunde allerdings noch genauer im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Suizidalität analysiert werden.

Forschungsfrage 2.3: Medienwahrnehmung und Suizidalität

Im Zusammenspiel von Depressionen und Suizidalität zeigt sich in den repräsentativen Befragungsdaten ein durch die Medienwahrnehmung verringerter Effekt der Depression auf die individuelle Suizidalität. Der Effekt ist in erster Linie dann beobachtbar, wenn die Befragten Medienwirkungen eher sich selbst zuschrieben. Dieser Befund lässt sich unter anderem als ein Indikator für den Erfolg von Medienguidelines in Deutschland interpretieren. Dazu zählen einerseits die Sensibilisierung für schädliche Medienwirkungen auf Seiten der Journalisten und andererseits die immer häufiger zu beobachtenden Hinweise auf Hilfsmöglichkeiten in den Medien. Auch die jüngsten Hinweise auf die inhaltlichen Aspekte der Suizidberichterstattung, die einen Papageno-Effekt auslösen (Niederkrotenthaler et al., 2010), könnten dafür verantwortlich sein, dass sich eine vom Publikum stärker auf die eigene Person bezogene Suizidberichterstattung positiv auf die individuelle Suizida-

lität auswirkt.[107] Im Längsschnitt ist der Effekt einer Depression über die Medienwahrnehmung auf die individuelle Suizidalität dagegen nicht mehr beobachtbar.

9.1.3 Diskussion der Befunde zu Themenkomplex 3

Der dritte Themenkomplex widmet sich insbesondere handlungstheoretisch relevanten Einflussvariablen (Ajzen, 1991; Bandura, 1986, 2001; Rossmann, 2011) im Zusammenspiel mit depressiven, biologischen bzw. psychosozialen Prädispositionen sowie verschiedenen Aspekten des Medienhandelns und deren gemeinsamen Folgen auf (nicht-letale) Formen von Suizidalität. Damit wurden das Diathese-Stress-Modell (*Themenkomplex 1*) und das breite Verständnis von Suizidalität (*Themenkomplex 2*) integriert und empirisch geprüft.

Forschungsfrage 3.1: Depression, Mediennutzung, Suizidalität

Die Studie belegt, dass die Schwere einer Depression sowohl mit dem Mediennutzungsmotiv des „sozialen Scannens" als auch mit eskapistischen Motiven verbunden ist. Dies knüpft zwar grundsätzlich an die Befunde von Canary und Spitzberg (1993, S. 814) an, allerdings sprechen die Befunde der vorliegenden Untersuchung für den umgekehrten Zusammenhang. Canary und Spitzberg (1993) ermittelten einen negativen Einfluss von Einsamkeit (als Korrelat von Depression; vgl. Canary & Spitzberg, 1993, S. 800) auf eskapistische Mediennutzungsmotive. Qualitative Studien sprechen ebenfalls dafür, dass in depressiven Phasen eskapistische Nutzungsmotive zunehmen können (Böhm, 2012; Steinleitner, 2014). Die bisherigen Arbeiten verknüpfen dabei vor allem Depressionen mit individuellem Mediennutzungsverhalten und lassen die individuelle Suizidalität außer Acht. In der vorliegenden Studie wurde dieses Defizit im Rahmen des integrativen Gesamtmodells behoben. Das Modell enthält im repräsentativen Querschnitt allerdings keine deutlichen Wirkungspfade von Depressionen über spezifisches Mediennutzungsverhalten auf die individuelle Suizidalität. Auch längsschnittlich ergeben sich keine indirekten Auswirkungen von Mediennutzungsmotiven auf die Suizidalität. Die beiden Mediennutzungsmotive „soziale Überwachung" bzw. „Eskapismus" beeinflussten zwar die Medienwahrnehmung (sie führten zu stärkeren First-Person-Wahrnehmungen) bzw. die Medienrezeption (in Form einer besseren Erinnerung an einen medialen Suizidfall), doch dieser Effekt wirkte sich im Zeitverlauf nicht deutlich auf die indi-

[107] Ergänzende Auswertungen zeigen, dass eine Depression gleichzeitig zu intensiveren Third-Person-Wahrnehmungen führt ($\beta = .10$, $p < .001$), die dagegen zu keiner erhöhten Suizidalität beitragen ($\beta = .03$, $p = .244$).

viduelle Suizidalität aus. Die entscheidenden Medieneinflüsse liegen stattdessen auf der Ebene der Medienrezeption und Medienwahrnehmung. Mit diesen Teilbereichen beschäftigen sich schwerpunktmäßig die beiden anderen Fragestellungen zum dritten Themenkomplex.

Forschungsfrage 3.2: Depression, Medienrezeption, Suizidalität

Die zweite Forschungsfrage zu Themenkomplex 3 fokussiert auf die Medienrezeption im Zusammenspiel mit Depression und Suizidalität. Operationalisiert wurde die Medienrezeption stellvertretend über die Erinnerung an suizidale Medieninhalte. Die Studie zeigt im Querschnitt anhand der repräsentativen Telefonbefragung, dass der Schweregrad einer Depression indirekt über die Erinnerung an Details aus der Berichterstattung zu einer höheren individuellen Suizidalität führt, weil depressionsbedingt mehr Details aus der Berichterstattung über Suizide erinnert werden. Entgegen dieser Befunde fand etwa Vitouch (2007, S. 69–70) in seiner Untersuchung, dass eine depressive Symptomatik mit einer verminderten Erinnerungsleistung einhergeht. Allerdings versetzte Vitouch (2007, S. 69) seine Probanden in einen Zustand des Kontrollverlusts, der „allen Anzeichen einer depressiven Verstimmung" glich – eine Messung von Depressivität wie in der vorliegenden Untersuchung fand also nicht statt. Eine Erklärung dafür, dass die Erinnerung an Details aus Suizidberichten die individuelle Suizidalität im Kontext einer Depression erhöht, liefert etwa Böhm (09.02.2012, S. 284) anhand ihrer qualitativen Untersuchung. Sie resümiert, dass Depressive befürchten, aufgrund von Empathie bzw. Identifikation mit Medienfiguren, die ihre Probleme nicht bewältigen konnten, selbst gefährdet zu werden (Böhm, 2012, S. 284). Daran wird gleichzeitig das von den befragten Depressiven grundsätzlich angenommene hohe Wirkpotenzial der Medien (Böhm, 2012, S. 284) deutlich, das auch zu einer höheren Erinnerung an bestimmte Medieninhalte bei Depressionen beitragen kann. Längsschnittlich wirkten sich demgegenüber Depressionen nicht deutlich auf die Medienrezeption einerseits und auf die individuelle Suizidalität in der Folge der Medienzuwendung andererseits aus.

Forschungsfrage 3.3: Depression, Medienwahrnehmung, Suizidalität

Böhm (09.02.2012, S. 284) berichtet von ihren depressiven Gesprächspartnern, dass diese den Medien grundsätzlich ein hohes Wirkpotenzial zuschreiben. Sie identifizierte also in ihrer qualitativen Untersuchung Anhaltspunkte dafür, dass wichtige Voraussetzung für First- und Third-Person-Wahrnehmungen im Kontext von Depressionen erfüllt sind. In der vorliegenden Untersuchung wurden konkret die

wahrgenommenen Medieneinflüsse von Suizidberichten auf die Befragten und andere Personengruppen erfasst. Damit wurde die Forschungsfrage 3.2 beantwortet. Die Querschnittsdaten ergaben, dass das Mediennutzungsmotiv, das soziale Umfeld zu scannen, First-Person-Effekte, also die Überschätzung von Medienwirkungen auf die eigene Person, fördert. First-Person-Wahrnehmungen begünstigen in der vorliegenden Repräsentativbefragung wiederum die individuellen positiven Einstellungen gegenüber dem Leben („Reasons for Living"), die die individuelle Suizidalität vermindern können – dieser Befund entspricht der empirischen Bestätigung eines Papageno-Effekts (Niederkrotenthaler et al., 2010) im Rahmen einer Befragungsstudie. Bisher wurde der Effekt vor allem anhand von (elaborierten) Inhaltsanalysen der Suizidberichterstattung und aggregierten Suizidstatistiken untersucht, was grundsätzlich die Gefahr eines ökologischen Fehlschlusses birgt (Robinson, 1950; Scheufele, 2008). In der vorliegenden Untersuchung trägt überdies die Nutzung von Tageszeitungen zu positiveren individuellen Einstellungen gegenüber dem Leben bei. Außerdem hängt die Medienwahrnehmung positiv mit dem Nutzungsmotiv zusammen, das soziale Umfeld zu scannen. Da dieses Motiv wiederum mit dem Depressionsgrad in Verbindung steht, erwies sich ferner ein indirekter Effekt von Depressionen auf die Medienwahrnehmung. Im Längsschnittmodell fördern First-Person-Wahrnehmungen positive Einstellungen gegenüber dem Leben und reduzieren dadurch auch mittelfristig die Nachvollziehbarkeit von Suiziden. Third-Person-Effekte haben dagegen die umgekehrte Wirkungsrichtung und fördern im Zeitverlauf eher die individuelle Suizidalität.

Ein Zusammenhang zwischen der Krankheit Depression und der menschlichen Wahrnehmung kann auf die dysfunktionalen kognitiven Schemata zurückgeführt werden, die häufig bei Depressionen beobachtet werden (Alloy & Abramson, 1979; Beck, 1987; Beck et al., 1979). So argumentieren beispielsweise Scherr und Reinemann (2011), dass sich Depressionen im Medienkontext auf First- bzw. Third-Person-Wahrnehmungen auswirken und darüber einen Einfluss auf die Wahrnehmung von Suizidrisiken entfalten können. Die Annahmen bestätigten Scherr und Reinemann (2011) erstmals empirisch anhand von Experimentaldaten. Die vorliegende Untersuchung liefert darüber hinaus konkrete Belege dafür, dass Medienwahrnehmungen auch einen Einfluss auf die individuelle Suizidalität haben können: Während First-Person-Wahrnehmungen die Einstellungen gegenüber Suiziden verbessern und damit die individuelle Suizidalität reduzieren, erhöhen Third-Person-Wahrnehmungen diese. Damit nimmt die vorliegende Untersuchung konkret Bezug auf den von Scherr und Reinemann (2011, S. 631) formulierten Einwand, dass die experimentelle Versuchsanordnung die Befunde provoziere:[108] Auch Befragungsstudien, die für die Third-Person Forschung üblich sind, ermittelten Zusam-

[108] Der Einwand wurde formuliert, obwohl Paul, Salwen und Dupagne (2000, S. 78) meta-analytisch zeigen, dass es keinen Methodeneffekt auf die Befunde zum Third-Person-Effekt gibt.

menhänge zwischen Depression, Medienwahrnehmung und Suizidalität – auch innerhalb nicht-studentischer Stichproben. Die Datenerhebung (siehe den vierten Kritikpunkt bei Scherr und Reinemann (2011, S. 631)) erfolgte in der vorliegenden Untersuchung nach den für die Third-Person-Forschung üblichen Frageformulierungen (vgl. Kapitel 5 und 6 bei Andsager und White (2007)). Damit schließt die vorliegende Arbeit einige benannte Forschungslücken (Scherr & Reinemann, 2011, S. 631–632) an der Schnittstelle von Depression, Medienwahrnehmung und Suizidalität und unterstreicht deren Relevanz.

9.2 Einschränkungen der Befunde

Selbstverständlich unterliegt die vorliegende Untersuchung zahlreichen wichtigen Einschränkungen, die bei der Interpretation der Befunde berücksichtigt werden müssen. Betrachtet man etwa die *theoretischen Vorstellungen*, die den zentralen Konstrukten der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegen, wird deutlich, dass hier nicht zwischen den verschiedenen Phasen einer Depression unterschieden werden kann. Anhand der Punktscores nach der BDI-V_T-Skala kann eine Remissionsphase nicht von einer akuten Phase einer Depression differenziert werden. Die Bedeutung dieser Einschränkung wurde bereits in Kapitel 4.1.1 thematisiert, als es darum ging, wann im Krankheitsverlauf einer Depression beispielsweise Meta-Emotionen besonders intensiv auftreten können. Solche Differenzierungen sind mit dem Erhebungsinstrument von Depression nach dem BDI-V_T in der vorliegenden Untersuchung schlicht nicht möglich, wodurch eine Unschärfe entsteht, die in weiteren Forschungsprojekten behoben werden sollte. Eine weitere theoretische Einschränkung ist die Tatsache, wie Hughes und Kleespies (2001, S. 48) betonen, dass Suiziden zahlreiche Ursachen zugrunde liegen, nicht nur diejenigen, die in der vorliegenden Untersuchung betrachtet wurden. Erklärungsversuche, die folglich auf einem oder wenigen Risikofaktoren beruhen, sind daher automatisch als vereinfachend zu bewerten. Dementsprechend ist auch die Fokussierung auf Depressionen als einem Hauptrisikofaktor für Suizidalität eine starke Vereinfachung der Realität, obwohl allgemein bekannt ist, dass bestimmte Krankheiten, wie Depressionen, im Zusammenhang mit Suizidalität häufiger als in der Allgemeinbevölkerung beobachtet werden.

Methodisch kann gegenüber der vorliegenden Untersuchung beispielsweise eingewendet werden, dass trotz der parallelen Datenerhebungen nicht sichergestellt werden kann, dass im Einzelfall auch tatsächlich das gleiche Medienangebot wahrgenommen wurde. So können systematische Unterschiede der genutzten Medien in den beiden Stichproben bestehen oder die tatsächlich wahrgenommene Berichterstattung kann lokal unterschiedlich gewesen sein. Das konnte aufgrund der begrenzten Mittel, die für das Projekt zur Verfügung standen, im Rahmen der Untersu-

chung nicht kontrolliert werden. Dazu wäre zusätzlich eine flankierende Inhaltsanalyse der Medienberichterstattung notwendig gewesen. So lässt sich nur anhand einzelner Hinweise darüber spekulieren, inwiefern Lokalmedien über andere bzw. zusätzliche Suizidfälle berichteten, die in der überregionalen Presse keine Rolle spielten, oder inwiefern sich die Art der Berichterstattung zwischen lokaler und überregionaler Presse voneinander unterscheidet. Hinweise auf solche Unterschiede finden sich beispielsweise bei Baker (1988).

Die *Messung der zentralen Variablen* der Untersuchung beruht mit dem BDI-V_T auf einer modifizierten Version eines international anerkannten Erhebungsinstruments von Depressionen. Das zugrunde liegende Verständnis der Krankheit Depression basiert dabei auf den altersunabhängig formulierten Diagnosekriterien des DSM-IV bzw. DSM-V Handbuchs. Dadurch besteht die Gefahr, die Prävalenz von Depression für ältere Personengruppen in der Bevölkerung zu unterschätzen (Jeste, Blazer & First, 2005, S. 266).

Ein weiteres Hauptdefizit der quantifizierenden Datenerhebung liegt darin, dass der subjektive Leidensdruck Depressiver nicht abgebildet werden kann. Dieses Manko können letztlich nur diagnostische Gespräche mit Depressiven beheben, weshalb die Screening-Fragbögen nicht zur Diagnose einer Depression ausreichen. Für die Interpretation der Befunde dieser Untersuchung ist dies deshalb relevant, weil sich hinter dem gleichen BDI-Score verschiedene Depressionsformen verbergen können. Die vorliegende Untersuchung wendet ein Generalverständnis von Depression an: Eingedenk der verschiedenen Symptomcluster einer Depression (vgl. Tabelle 3) hat die vorliegende Untersuchung allerdings nicht eine spezielle Form der Depression untersucht, sondern Depression im Sinne des Generalfaktormodells verstanden. Dabei kann natürlich nicht sichergestellt werden, welcher Leidensdruck auf Seiten der Depressiven existiert. Dieser kann die hier präsentierten Befunde durchaus beeinflussen.

Ein praktikabler Ausweg ist die ergänzende Anwendung eines vertiefenden sequenziellen Designs (Kuckartz, 2014, S. 78–81). Mithilfe ergänzender qualitativer Studien lassen sich die Schwachstellen der Repräsentativbefragung bzw. der Panelbefragung ausgleichen. Denkbar sind angesichts der Einschränkungen der vorliegenden Untersuchung zwei Strategien: Interviews mit depressiven Patienten und Interviews mit Ärzten, Psychiatern oder Psychotherapeuten. Anhand von Interviews mit Patienten lässt sich das subjektive Krankheitserleben besser nachvollziehen als in den quantitativen Befragungen. Die Arbeiten von Böhm (09.02.2012) und Steinleitner (2014) belegen, wie gewinnbringend dieses Vorgehen sein kann. Anhand von Interviews mit Experten, Medizinern oder Psychologen, die beruflich mit der Krankheit Depression zu tun haben, lassen sich einerseits die Bereiche besser ausleuchten, in denen die Antworten von Patienten krankheitsbedingt verzerrt sind oder in denen standardisierte Erhebungsinstrumente zu kurz greifen. Eine ärztliche Diagnose kann beispielsweise dabei helfen, Patienten in unterschiedlichen Phasen

einer Depression zu identifizieren. Eine Befragung dieser Patienten könnte anschließend getrennt nach der individuellen Diagnostik erfolgen.

Eine weitere Schwachstelle ist die Tatsache, dass Depressionen häufig zusammen mit anderen Krankheitsbildern auftreten. Aufgrund der hohen Komorbidität ist eine isolierte Betrachtung von Depressionen vereinfachend. Beispielsweise gibt es deutliche Anhaltspunkte für Medieneinflüsse auf Essstörungen (Baumann, 2009), die wiederum häufig gemeinsam mit depressiven Symptomen auftreten bzw. deren Auftreten fördern (Luppino et al., 2010; Stice, 2002, S. 832). Eine verschränkte Betrachtung komorbider Störungen im Zusammenspiel mit Depressionen und etwa für verschiedene Altersgruppen wäre lohnenswert und würde, ungeachtet aller methodischer Herausforderungen, der Realität der untersuchten Krankheitsbilder gerechter werden als eine isolierte Betrachtung.

Die vorliegende Untersuchung hat ferner die Punktprävalenz von Depressionen erfasst (innerhalb der letzten zwei Wochen). Die Generalisierbarkeit der Befunde auf chronische oder rezidivierende Krankheitsverläufe ist daher eingeschränkt. Gerade bei chronischen Krankheitsverläufen ist es denkbar, dass sich ein bestimmtes Mediennutzungsverhalten etabliert. Eine krankheitsbedingt habitualisierte Mediennutzung könnte wiederum entkoppelt vom Krankheitsverlauf stattfinden und dazu beitragen, dass kognitive Muster der akuten Depressionsphase verlängert werden. Die spezifischen Muster der Mediennutzung je nach Schweregrad der Depressionen in der vorliegenden Untersuchung liefern dazu erste Hinweise. Methodische Innovationen, wie sie Dillman Carpentier et al. (2008) einsetzen (Ecological Momentary Assessment, EMA), oder konkret für Untersuchungen im Medienkontext wie bei der „Beach-Methode“ (Erfassung der Erinnerung an bestimmte Filme und deren nachträgliche inhaltsanalytische Kodierung z.B. hinsichtlich darin vorkommender riskanter Verhaltensweisen; vgl. Sargent et al., 2008) könnten helfen, diesen Bereich genauer und weniger reaktiv zu untersuchen.

Die Skala nach Beck wird außerdem dafür kritisiert, dass sie keine positiven Items enthält, sondern sich stattdessen, entsprechend der theoretischen Vorstellung von Depression nach Beck, vor allem auf negative Aspekte fokussiert (Berger, 2009, S. 37). Der Einsatz positiver Items ist insbesondere in Untersuchungen zu bipolaren Störungen relevant. In der vorliegenden Untersuchung besteht theoretisch die Gefahr, dass Personen mit einer bipolaren Störung anhand der Depressionsskala nicht als solche erkannt werden. Ein persönliches Gespräch mit einem Oberarzt der Klinik für Psychiatrie an der LMU München ergab aber beispielsweise, dass im Medienkontext der Unterschied zwischen einer bipolaren Störung und einer Depression geringe sein dürfte. Stattdessen betonte der Arzt die wesentlich wichtigere Abgrenzung von Personen mit einer komorbiden Borderline-Persönlichkeitsstörung, die gerade im Kontext von Medien und Suizidalität von höchster Brisanz

sein kann.[109] Diese Einschätzung deckt sich mit Studien, die auf die deutlichen Parallelen zwischen uni- und bipolaren Störungen hinweisen (Cassano et al., 2004).

Hinsichtlich der *Datenerhebung* ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung keine medizinische Diagnose einer Depression durch geschultes Fachpersonal stattfand. Aus Kostengründen war es nicht möglich, eine Face-to-Face-Befragung zu realisieren, in deren Rahmen eine solche Diagnose von an der Studie beteiligten Ärzten hätte gestellt werden können (vgl. die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland [DEGS1] und darin speziell das Zusatzmodul Psychische Gesundheit [DEGS1-MH]; Busch et al., 2013; Jacobi, Höfler, Strehle et al., 2014; Jacobi, Höfler, Siegert et al., 2014). Dennoch erscheint eine telefonische Datenerhebung sinnvoller als etwa eine nicht kontrollierte schriftliche Befragung, bei der die Konzentrationsproblematik im Kontext von Depression und Suizidalität unkontrolliert auftreten kann (Brown, 2001, S. 36). Die Interviewer wurden angehalten, alle Auffälligkeiten in den Telefoninterviews festzuhalten, was letztlich in der vorliegenden Untersuchung nicht vorkam.

Die telefonische Datenerhebung birgt überdies die Gefahr verschiedener Antwortverzerrungen. In erster Linie betrifft dies das Problem des geringen Rücklaufs, was die Validität der Befunde von Befragungsstudien generell zunehmend einschränkt (Dale, Wathan & Higgins, 2008, S. 530). Zur Einschätzung der Relevanz von Non-Response auf die Ergebnisse einer Studie müssten die Ausfälle systematischer untersucht werden, was (nicht nur im Rahmen von Telefonbefragungen) schwierig zu bewerkstelligen ist (Dale et al., 2008, S. 531). In der vorliegenden Untersuchung wurde mithilfe einer Anpassungsgewichtung an soziodemografische Merkmalskombinationen der Gesamtbevölkerung versucht, Verzerrungen der Ergebnisse zu reduzieren. Eine Analyse von Non-Respondern ist im Rahmen einer telefonischen Befragung nur schwer möglich, weil die Befragten in der Regel nicht bereit sind, nach der grundsätzlichen Verweigerung einer Auskunft noch Fragen zu den Gründen der Verweigerung und zu ihrer Person zu beantworten. Für die vorliegende Untersuchung ist es möglich, dass gerade Personen mit schwererer Depression eine niedrigere Teilnahmebereitschaft zeigten. Andererseits finden sich auch Belege dafür, dass die telefonische Datenerhebung eine angemessene Alternative zu kostenintensiveren Face-to-Face-Interviews ist und auch im Kontext psychischer Erkrankungen keine erhöhten Abbruchquoten aufweisen (Aneshensel et al., 1982; Crippa et al., 2008; Fenig, Levav, Kohn & Yelin, 2011; Lee et al., 2010). Im Kontext suizidaler Krisen und akuter Depression besteht die Gefahr, dass sich die Betroffenen nicht oder nur unwahr zu ihren eigentlichen Intentionen äußern. Fragebogenbasierte Screenings sind nicht uneingeschränkt geeignet, valide Informationen über die wahre Suizidalität der Betroffenen einzuholen. Nock et al. (Nock et al., 2010) untersuchten daher, inwiefern alternative Datenerhebungsmethoden, wie

[109] Mein persönlicher Dank gilt an dieser Stelle PD Dr. Cornelius Schüle für das Gespräch.

etwa ein impliziter Assoziationstest (IAT; Greenwald, McGhee & Schwartz, 1998) zu den Lebenseinstellungen eine Option sind. Dabei sollen automatische kognitive Assoziationen hinsichtlich der Einstellungen zum Leben zukünftiges suizidales Verhalten vorhersagen. In der Untersuchung erwiesen sich die impliziten Assoziationen als validerer Indikator für Suizidversuche innerhalb der nächsten sechs Monate als bekannte Risikofaktoren für Suizidalität wie beispielsweise Depressionen oder Selbsteinschätzungen bzw. Einschätzungen durch klinisches Fachpersonal (Nock et al., 2010, S. 514–515) – diese alternative Datenerhebung erscheint also vielversprechend.

9.3 Fazit und Ausblick

Ein Suizidfall beeinflusst mindestens sechs andere Menschen, Suizide in Schulen sogar hunderte andere Menschen (Johansson et al., 2006, S. 3), medial vermittelte Suizide übersteigen diese Zahl noch um ein Vielfaches. Dass der Einfluss von Suiziddarstellungen in den Medien auf das Publikum dabei jedoch nicht gleichförmig ist – so wie dies in vielen Studien zum Werther-Effekt unterstellt wird – dafür liefert die vorliegende Studie wichtige Hinweise. So hat es sich als gewinnbringend herausgestellt, neben präzipitierenden Faktoren (also der Suizidberichterstattung bzw. Suiziddarstellungen) auch nach wichtigen prädisponierenden Faktoren zu differenzieren. Die vorliegende Untersuchung konnte einige Hinweise erbringen, dass die gemeinsame Fokussierung von Depression und Suizidalität vor dem Hintergrund der zahlreichen Studien zum Werther-Effekt lohnenswert ist. So ließen sich die theoretischen Überschneidungen bei der Modellierung von Depression und Suizidalität gemeinsam in ein integratives handlungstheoretisches Modell einfügen, für das überdies einige empirische Belege erbracht werden konnten. Dafür wurde eine für die erwachsene bundesdeutsche Bevölkerung repräsentative Telefonbefragung durchgeführt, in der sowohl nach Depressionen als auch nach der Suizidalität gefragt und zentrale Aspekte der Mediennutzung, -rezeption und -wahrnehmung erfasst wurden. Mithilfe der Daten kann erstmals ein für Deutschland repräsentatives Bild der vielschichtigen Zusammenhänge zwischen Depression, Medien und Suiziden gezeichnet werden, das die bisherigen Befunde zum Werther-Effekt relativiert: Suiziddarstellungen in den Medien haben nicht auf alle Rezipienten die gleichförmige, schädliche Wirkung, wie dies in früheren Arbeiten zu medieninduzierten Nachahmungssuiziden festgestellt wurde. Vielmehr ist ein komplexes Zusammenspiel aus spezifischer Medienzuwendung und individuellen Personenmerkmalen dafür verantwortlich, welchen Einfluss Medien auf die individuelle Suizidalität entfalten können.

Ein abschließender Punkt, der auf dem Forschungsfeld nicht zu kurz kommen darf, ist die Suizidprävention, bei der den Medien eine wichtige Rolle zukommt

(Wolfersdorf & Etzersdorfer, 2011, S. 106). Die vorliegende Arbeit kann hoffentlich insofern zu diesem Ziel beitragen, als sie die Erforschung von Nachahmungssuiziden innerhalb der Kommunikationswissenschaft wieder stärker in den Fokus rücken lässt. Die Diskussion und Erforschung des Themenbereichs „Medien und Suizide" hängt in der Kommunikationswissenschaft bisher vor allem von äußeren Impulsen ab, wie beispielsweise vom Suizid von Robert Enke im Jahr 2009 oder von der gesellschaftlich relevanten Verbreitung des Internets um die Jahrtausendwende. Diese Arbeit möchte zur Beschäftigung mit Suizidalität aus kommunikationswissenschaftlicher Perspektive anstoßen und aufzeigen, dass es sich dabei um einen gesellschaftlich hochrelevanten Forschungsbereich in der Kommunikationswissenschaft handelt. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat diese Tatsache gewürdigt und förderte großzügig das Forschungsprojekt, auf dem diese Arbeit aufbaut. Die Arbeit möchte dies auch damit zurückzahlen, dass sie auf verschiedene kommunikationswissenschaftliche Anknüpfungspunkte hinweist, Parallelen zu bestehenden Ansätzen aus dem Fach aufzeigt und die Forschungsperspektive auf Nachahmungssuizide für die Zukunft hoffentlich erweitern konnte. Eine zentrale Schlussfolgerung lautet, auch zukünftig möglichst konkret nach Medieneinflüssen auf die individuelle Suizidalität zu fragen, anstatt die individuelle Mediennutzung zu stark zu verallgemeinern (z.B. „die Nutzung des Internets"). Wie bereits angesprochen, können auch seltener angewendete Formen der Datenerhebung (Goodall, 2011; Hefner, Rothmund, Klimmt & Gollwitzer, 2011; Nock et al., 2010) hier sicherlich dazu beitragen, das Verständnis der komplexen Zusammenhänge aus suizidrelevanten Prädispositionen, individueller Medienzuwendung zu bestimmten Medieninhalten und individueller Suizidalität weiter zu verfeinern. Sicherlich ist für die Diagnose einer Depression oder erhöhter Suizidalität eine ärztliche Einschätzung wichtig. Bisweilen entsteht allerdings der Eindruck, dass eine Diagnose von Depressionen oder Suizidalität nur über unstrukturierte Patienteninterviews möglich sei, was letztlich einer pessimistische Sichtweise auf die moderne Fragebogenentwicklung entspricht (Kapusta, 2012, S. 2). Aus Sicht der Suizidprävention ist es heute daher ebenso zentral, Fragebogenscreenings zu entwickeln, die es nach dem Prinzip der Selbstauskunft erlauben, das individuelle Risiko für Depressionen und Suizidalität abzuschätzen. Ein großes Problem der Suizidprävention liegt im Moment nicht in der Behandlung durch medizinisch geschultes Personal, sondern in der routinemäßig validen Erfassung und vor allem Prognose von Depressionen und Suizidalität (Kapusta, 2012, S. 2).

Eine andere Forschungsperspektive könnte auf die zentralen Akteure in diesem Feld abzielen: die Journalisten. Bis heute bestehen große Forschungslücken hinsichtlich der Frage einer angemessenen Suizidberichterstattung, des Rollenverständnisses und der Arbeitsweise von Journalisten (vgl. Brosius & Ziegler, 2001, S. 24–25) sowie hinsichtlich der sich daran anschließenden Frage, inwiefern diese Faktoren dazu beitragen, dass existierende journalistische Leitlinien zur Suizidberichter-

stattung und nationale Suizidpräventionsprogramme nicht greifen. Dabei ist allerdings die Tatsache bemerkenswert, dass von 193 UN-Mitgliedsstaaten gerade einmal 8 Länder (4%) gleichzeitig sowohl über ein nationales Suizidpräventionsprogramm als auch über journalistische Leitlinien in der jeweiligen Landessprache und einen entsprechenden Paragrafen im Pressekodex zur Suizidberichterstattung verfügen (Maloney et al., 2014, S. 160–161). Der Stellenwert, den neuere Medienformen darin einnehmen, ist ausgesprochen veraltet. Zahlreiche Leitlinien aus insgesamt 34 Ländern wurden seit 2002 nicht mehr überarbeitet. Die Leitlinien stammen zum Teil also noch aus einer Welt ohne soziale Medien oder Videoplattformen (Maloney et al., 2014, S. 165). Darüber hinaus fällt auf, dass selbst in diesen aktuellen Studien zum Thema (Maloney et al., 2013, 2014) vor allem auf die Nennung formaler Kriterien der Berichterstattung fokussiert wird, ohne diese mit den dahinterstehenden theoretischen Mechanismen der Nachahmung in Bezug zu setzen (eine lobenswerte Ausnahme sind Schäfer und Quiring (2013a, S. 145–146)). Eine Konsequenz könnte die stärkere Integration von Tabuthemen wie Depression, die von ihr ausgehende Suizidgefahr sowie Suizid in die Ausbildung von Journalisten sein, die auf einen geschulten Umgang mit den Themen abzielt (vgl. Skehan, Burns & Hazell, 2009). Insbesondere Behandlungsmaßnahmen bei Männern (z.B. Depressionsscreenings) finden nach wie vor geringen Zuspruch, was auch auf die existierenden Vorurteile in der Bevölkerung zurückzuführen ist (Sakinofsky, 2007). Allerdings ist die Bedeutung einer Stigmatisierung für die Behandlung relativ gering. Eine umfangreiche Studie von Bruffaerts et al. (2011, S. 66) schätzt den Anteil derjenigen suizidalen Personen, die aufgrund einer möglichen Stigmatisierung keine Behandlung aufsuchen, auf etwa 7%.

Aber auch Experten, die sich gegenüber Journalisten in den Medien äußern, können zur Suizidprävention beitragen. Niederkrotenthaler et al. (2010) stellten in ihrer Inhaltsanalyse fest, dass ein Anstieg der Suizidrate nämlich gerade als Folge von Experteninterviews zu beobachten war, und führten dies darauf zurück, dass Expertenaussagen von Journalisten auch in einem verfälschenden Kontext wiedergegeben werden können (Till, Voracek et al., 2013, S. 88). Die Autoren plädieren daher für die verstärkte Praxis des Gegenlesens von Artikeln vor deren Publikation, insbesondere gilt dies für Experten. Weitere Hinweise, wie sich Experten in den Medien verhalten sollten, um ihre Botschaften entsprechend platzieren zu können, liefern beispielsweise Leask, Hooker und King (2010, S. 6). Experten können ihren positiven Einfluss auch vergrößern, indem sie etwa bereits vormittags mit den Redaktionen der Medienhäuser in Kontakt treten, anschließend tagsüber beispielsweise für journalistische Rückfragen erreichbar sind, unter Umständen auch Informationsmaterialien bereithalten, Gesundheitsthemen mit einer persönlichen Note versehen und dabei verschiedene Blickwinkel auf die Suizidberichterstattung anbieten, einschließlich dem Hinweis darauf, welche Konsequenzen sich aus dem jeweiligen Fokus eines Artikels ergeben können.

Außerdem kann die Berücksichtigung psychischer Erkrankungen im Medienkontext auch an den Schnittstellen mit anderen Krankheitsbildern für einen theoretischen Erkenntnisgewinn, aber auch für Hinweise zur praktischen Umsetzung von Medienkampagnen sorgen. Im Rahmen von Kampagnen zu Essstörungen wurde beispielsweise eine Depression als wichtige Moderatorvariable identifiziert (Wilksch & Wade, 2014). So lieferte das Programm „Media Smart" zur Reduzierung von Essstörungen unter Schülern mit schwerer Depression vor allem Belege für kurzfristige Effekte, während längerfristige Auswirkungen deutlicher bei Jugendlichen mit schwächerer Depression auftraten (Wilksch & Wade, 2014).

Hammond (2001, S. 1) schlägt zur Suizidprävention konkret drei Punkte vor: 1) die öffentliche Aufmerksamkeit zum Thema Suizidalität auch auf deren Risikofaktoren lenken, 2) Interventionsmöglichkeiten wie beispielsweise Anlaufstellen und Präventions- oder Aufklärungsprogramme stärken und 3) auf methodologischer Ebene die Identifikation von Risikofaktoren fördern und die Prognostik von Suizidalität verbessern. Die Medien spielen für die ersten beiden Punkte eine wichtige Rolle und sind gleichzeitig Gegenstand des dritten Punkts – Medien sind ein allgemein anerkannter Risikofaktor für Suizide. Dennoch sind die dem zugrunde liegenden Wirkungsmechanismen bei weitem noch nicht vollständig geklärt. Die vorliegende Arbeit kann hierzu allerdings ergänzen, dass die Gefahr, die von den Medien ausgeht, für verschiedene suizidale Risikogruppen, wie etwa Personen mit einer Depression, differenziert werden muss.

Den Medien kommt in diesem Bereich gleichzeitig eine wünschenswerte Rolle zu: Sie können dazu beitragen, Suizide in einer Gesellschaft zu verhindert oder deren Gefahr noch früher zu erkennen. Aus wissenschaftlicher Sicht wird diese Tatsache in Form des sogenannten Papageno-Effekts widergespiegelt. Neben der positiven Wirkung auf die Suizidalität können Medien auch dazu beitragen, die mit Suizidalität verbundene „zweite Krankheit" (Schomerus, 2010, S. 253) zu vermindern – die Stigmatisierung, die mit einer suizidalen Vergangenheit oder assoziierten psychischen Erkrankungen oftmals einhergeht (Scholz, Crabb & Wittert, 2014). Stone und Crosby (2014, S. 10) verweisen außerdem auf die neuen technischen Möglichkeiten zur Suizidprävention, die sich auch durch neue Medienformen ergeben haben. Sie nennen etwa die Möglichkeit von Online-Gesprächstherapien, Chats für Hinterbliebene, Selbsthilfegruppen im Internet oder auf den Plattformen sozialer Medien. Aber auch neuere Möglichkeiten der Prognose von Nachahmungssuiziden bzw. einer erhöhten Gefahr für Suizidalität mithilfe von Facebook (Ruder et al., 2011), Twitter (Jashinsky et al., 2013) oder Google-Suchanfragen (Gunn & Lester, 2013) haben Potenzial. Erwin Ringel, der Gründer der größten internationalen Vereinigung für Suizidprävention (IASP), schrieb: „Wir wissen zwar, daß über den Selbstmord berichtet werden muß, wissen aber noch nicht exakt, wie dies geschehen kann, ohne ein großes Risiko für das Menschenleben – und jedes einzelne zählt hier – einzugehen. Es wird Aufgabe der Zukunft sein, dies weiter zu erforschen,

wenn überhaupt hier je der Stein der Weisen gefunden werden kann“ (Ringel, 1997, S. 61). Die vorliegende Untersuchung möchte ihren Beitrag dazu leisten, diesem Ziel einen Schritt näherzukommen.

Anhang

Systematische Übersicht über die Literatur zu Medien und Depressionen

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die einschlägige Literatur zu den Zusammenhängen von Depressionen und Mediennutzung systematisch anhand eines zuvor festgelegten Analyseinventars durchleuchtet. Die 31 dabei identifizierten, zentralen Forschungsarbeiten aus den Disziplinen Kommunikationswissenschaft, Psychologie und Medizin (siehe Markierung der Studien) wurden anhand von sechs Kategorien vergleichend analysiert (Übersichtstabelle verfügbar als Online Ressource zu diesem Buch).

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

Literatur

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression. A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96* (2), 358–372.

Abrutyn, S. & Mueller, A. S. (2014). Are suicidal behaviors contagious in adolescence? Using longitudinal data to examine suicide suggestion. *American Sociological Review, 79* (2), 211–227.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50* (2), 179–211.

Alao, A. O., Soderberg, M., Pohl, E. L. & Alao, A. L. (2006). Cybersuicide. Review of the role of the internet on suicide. *CyberPsychology & Behavior, 9* (4), 489–493.

Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research. Capturing context. *Perspectives on Psychological Science, 8* (2), 155–172.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30* (2), 217–237.

Alloy, L. B. & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students. Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General, 108* (4), 441–485.

Althaus, D. & Hegerl, U. (2004). Ursachen, Diagnose und Therapie von Suizidalität. *Der Nervenarzt, 75* (11), 1123–1135. Verfügbar unter coll

American Association for Public Opinion Research. (2010). *AAPOR report on online panels*. Verfügbar unter http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=AAPOR_Committee_and_Task_Force_Reports&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2223

American Association for Public Opinion Research. (2011). *Standard definitions. Final dispositions of case codes and outcome rates for surveys* (7. Aufl.). Verfügbar unter http://www.aapor.org/AM/Template.cfm?Section=Standard_Definitions2&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=3156

American Psychiatric Association. (2013). *Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Verfügbar unter http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf

Amichai-Hamburger, Y. & Ben-Artzi, E. (2003). Loneliness and internet use. *Computers in Human Behavior, 19* (1), 71–80.

Amichai-Hamburger, Y. & Furnham, A. (2007). The positive net. *Computers in Human Behavior, 23* (2), 1033–1045.

Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology, 53* (1), 27–51.

Anderson, D. R., Collins, P. A., Schmitt, K. L. & Jacobvitz, R. S. (1996). Stressful life events and television viewing. *Communication Research, 23* (3), 243–260.

Anderson, J. C. & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice. A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin, 103* (3), 411–423.

Andsager, J. L. & White, H. A. (2007). *Self versus others. Media, messages, and the third-person effect*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R., Clark, V. A. & Yokopenic, P. A. (1982). Measuring depression in the community. A comparison of telephone and personal interviews. *Public Opinion Quarterly, 46* (1), 110–121.

Anestis, M. D. & Joiner, T. E. (2011). Examining the role of emotion in suicidality. Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of

S. Scherr, *Depression – Medien – Suizid,* DOI 10.1007/978-3-658-11162-5,
© Springer Fachmedien Wiesbaden 2016

suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders, 129* (1-3), 261–269.

Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (2004). Public attitudes to people with depression: have there been any changes over the last decade? *Journal of Affective Disorders, 83* (2-3), 177–182.

Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Link, B. G. & Schomerus, G. (2014). Public attitudes regarding individual and structural discrimination. Two sides of the same coin? *Social Science & Medicine, 103,* 60–66.

Ansolabehere, S. & Schaffner, B. F. (2014). Does survey mode still matter? Findings from a 2010 multimode comparison. *Political Analysis, 22* (3), 285–303.

Aquilino, W. S. (1998). Effects of interview mode on measuring depression in younger adults. *Journal of Official Statistics, 14* (1), 15–29.

Arendt, F. (2013). News stereotypes, time, and fading priming effects. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 90* (2), 347–362.

Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2007). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (6. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2011). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie* (7. Aufl.). Berlin: Springer.

Arzheimer, K. (2009). Gewichtungsvariation. In H. Schoen, H. Rattinger & O. W. Gabriel (Hrsg.), *Vom Interview zur Analyse. Methodische Aspekte der Einstellungs- und Wahlforschung* (1. Aufl., S. 361–388). Baden-Baden: Nomos.

Athanaselis, S., Stefanidou, M., Karakoukis, N. & Koutselinis, A. (2002). Asphyxial death by ether inhalation and plastic-bag suffocation instructed by the press and the internet. *Journal of Medical Internet Research, 4* (3), e18.

Au, J., Yip, P. S. F., Chan, C. L. W. & Law, Y. W. (2004). Newspaper reporting of suicide cases in Hong Kong. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25* (4), 161–168.

Baker, D. & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites. A qualitative interview study of young adult website users. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29* (3), 118–122.

Baker, R., Blumberg, S. J., Brick, J. M., Couper, M. P., Courtright, M., Dennis, J. M. et al. (2010). Research synthesis. AAPOR report on online panels. *Public Opinion Quarterly, 74* (4), 711–781.

Baker, R. L. (1988). Portraits of a public suicide. Photo treatment by selected Pennsylvania dailies. *Newspaper Research Journal, 9* (4), 11–23.

Bandura, A. (Hrsg.). (1976). *Lernen am Modell.* Stuttgart: Klett.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84* (2), 191–215.

Bandura, A. (1978). Social learning theory of aggression. *Journal of Communication, 28* (3), 12–29.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thoughts and action. A social cognitive theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50* (2), 248–287.

Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse. An agentic perspective. *Psychological Science, 10* (3), 214–217.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory of mass communication. *Media Psychology, 3* (3), 265–299.

Bandura, A. (2009). Social cognitive theory of mass communication. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 94–124). New York: Lawrence Erlbaum.

Bandura, A., Ross, D. & Ross, S. (1976). Statusneid, soziale Macht und sekundäre Verstärkung. Eine verleichende Untersuchung von Theorien des Identifikationslernens. In A. Bandura (Hrsg.), *Lernen am Modell* (S. 75–92). Stuttgart: Klett.

Barak, A. & Dolev-Cohen, M. (2006). Does activity level in online support groups for distressed adolescents determine emotional relief. *Counselling and Psychotherapy Research, 6* (3), 186–190.

Bargh, J. A. & McKenna, K. Y. A. (2004). The internet and social life. *Annual Review of Psychology, 55* (1), 573–590.

Barnow, S., Aldinger, M., Ulrich, I. & Stopsack, M. (2013). Emotionsregulation bei Depression. *Psychologische Rundschau, 64* (4), 235–243.

Baron, J. N. & Reiss, P. C. (1985a). Same time, last year. Selective data dredging for negative findings: Reply to Phillips and Bollen. *American Sociological Review, 50* (3), 372–376.

Baron, J. N. & Reiss, P. C. (1985b). Same time, next year. Aggregate analyses of the mass media and violent behavior. *American Sociological Review, 50* (3), 347–363.

Barraclough, B., Sheperd, D. & Jennings, C. (1977). Do newspaper reports of coroners' inquests incite people to commit suicide. *British Journal of Psychiatry, 131,* 528–532.

Bartsch, A. (2007). Meta-emotion and genre preference. What makes horror films and tear-jerkers enjoyable? In J. D. Anderson & B. Fisher Anderson (Hrsg.), *Narration and spectatorship in moving images* (S. 124–135). Newcastle: Cambridge Scholar Press.

Bartsch, A. (2012). Emotional gratification in entertainment experience. Why viewers of movies and television series find it rewarding to experience emotions. *Media Psychology, 15* (3), 267–302.

Bartsch, A. & Mares, M.-L. (2014). Making sense of violence. Perceived meaningfulness as a predictor of audience interest in violent media content. *Journal of Communication, 64* (5), 956–976.

Bartsch, A. & Oliver, M. B. (2011). Making sense of entertainment. On the interplay of emotion and cognition in entertainment experience. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications, 23* (1), 12–17.

Bartsch, A., Vorderer, P., Mangold, R. & Viehoff, R. (2008). Appraisal of emotions in media use. Toward a process model of meta-emotion and emotion regulation. *Media Psychology, 11* (1), 7–27.

Bastiaensens, S., Vandebosch, H., Poels, K., van Cleemput, K., DeSmet, A. & Bourdeaudhuij, I. de. (2014). Cyberbullying on social network sites. An experimental study into bystanders' behavioural intentions to help the victim or reinforce the bully. *Computers in Human Behavior, 31,* 259–271.

Bastiampillai, T., Allison, S. & Chan, S. (2013). Is depression contagious? The importance of social networks and the implications of contagion theory. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47* (4), 299–303.

Baumann, E. (2009). *Die Symptomatik des Medienhandelns. Zur Rolle der Medien im Kontext der Entstehung, des Verlaufs und der Bewältigung eines gestörten Essverhaltens.* Köln: Herbert von Halem.

Baumeister, H. & Parker, G. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders, 139* (2), 126–140.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97* (1), 90–113.

Beasley, M., Thompson, T. & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress. The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences, 34* (1), 77–95.

Beatson, S., Hosty, G. S. & Smith, S. (2000). Suicide and the internet. *Psychiatric Bulletin, 24* (11), 434b–434.

Beautrais, A. L., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Fergusson, D. M., Deavoll, B. J. & Nightingdale, S. K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts. A case-control study. *American Journal of Psychiatry, 153* (8), 1009–1014.

Beck, A. T. (1967). *Depression. Causes and treatment.* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1* (1), 5–37.

Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior. An overview. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 234* (11), 1146–1149.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (2010). *Kognitive Therapie der Depression* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz (Aus dem Amerikanischen von Gisela Bronder und Brigitte Stein).

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II.* San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4,* 561–571.

Becker, E. S., Strohbach, D. & Rinck, M. (1999). A specific attentional bias in suicide attempters. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 187* (12), 730–735.

Becker, K., Mayer, M., Nagenborg, M., El-Faddagh, M. & Schmidt, M. (2004). Parasuicide online. Can suicide websites trigger suicidal behaviour in predisposed adolescents? *Nordic Journal of Psychiatry, 58* (2), 111–114.

Becker, K. & Schmidt, M. H. (2004). Internet chat rooms and suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43* (3), 246–247.

Beesdo-Baum, K. & Wittchen, H.-U. (2011). Depressive Störungen. Major Depression und Dysthymie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 879–914). Berlin: Springer.

Bélanger, R. E., Akre, C., Berchtold, A. & Michaud, P.-A. (2011). A U-shaped association between intensity of internet use and adolescent health. *Pediatrics, 127* (2), e330–e335.

Bentler, P. & Yuan, K.-H. (1999). Structural equation modeling with small samples. Test statistics. *Multivariate Behavioral Research, 34* (2), 181–197.

Berger, M. (Hrsg.). (2009). *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. München: Elsevier.

Berger, M., van Calker, D., Brakemeier, E.-L. & Schramm, E. (2009). Affektive Störungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 491–592). München: Elsevier.

Berking, M. & Radkovsky, A. (2012). Affektive Störungen und Suizidalität. In M. Berking & W. Rief (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor* (S. 29–48). Berlin: Springer.

Berkowitz, L. (1984). Some effects of thoughts on anti- and prosocial influences of media events. A cognitive-neoassociation analysis. *Psychological Bulletin, 95* (3), 410–427.

Berman, A. L. (1988). Fictional depiction of suicide in TV films and imitation effects. *American Journal of Psychiatry, 145* (8), 982–986.

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D. & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25* (4), 147–155.

Bertolote, J. M. & Wasserman, D. (2009). Development of definitions of suicidal behaviours. From suicidal thoughts to completed suicides. In D. Wasserman & C. Wasserman (Hrsg.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective* (S. 87–90). Oxford: University Press.

Beullens, K. & Loosveldt, G. (2012). Should high repsonse rates really be a primary objective? *Survey Practice, 5* (3), 1–5.

Bhui, K., Chalangary, J. & Jones, E. (2013). *Railway suicides in the UK. Risk factors and prevention strategies.* Verfügbar unter http://www.careif.org/downloads/Reports/careif%20Railway%20Suicides%20in%20the%20UK.pdf

Biblarz, A., Brown, M., Biblarz, D. N., Pilgrim, M. & Baldree, B. F. (1991). Media influence on attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 21* (4), 374–384.

Biddle, L., Donovan, J., Hawton, K., Kapur, N. & Gunnell, D. (2008). Suicide and the internet. *BMJ, 336* (7648), 800–802.

Biddle, L., Gunnell, D., Owen-Smith, A., Potokar, J., Longson, D., Hawton, K. et al. (2012). Information sources used by the suicidal to inform choice of method. *Journal of Affective Disorders, 136* (3), 702–709.

Bilandzic, H. (2006). Rezeptionsforschung. In G. Bentele, H.-B. Brosius & O. Jarren (Hrsg.), *Lexikon Kommunikations- und Medien-wissenschaft* (S. 246–247). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Blödorn, S., Gerhards, M. & Klingler, W. (2006). Informationsnutzung und Medienauswahl 2006. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung zum Informationsverhalten der Deutschen. *Media Perspektiven, o.J.* (12), 630–638.

Blood, R. W., Pirkis, J. E. & Holland, K. (2007). Media reporting of suicide methods. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28* (0), 64–69.

Blumenthal, S. & Bergner, L. (1973). Suicide and newspaper. A replicated study. *American Journal of Psychiatry, 130* (4), 468–471.

Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., Kersting, A. et al. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PLOS ONE, 8* (10), e76646.

Bohanna, I. & Wang, X. (2012). Media guidelines for the responsible reporting of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33* (4), 190–198.

Böhm, K. (2012). *Der depressive Mediennutzer. Eine explorative Studie zur Medienaneignung vor dem Hintergrund einer chronisch depressiven Erkrankung*. Dissertation, Leipzig.

Bollen, K. A. & Phillips, D. P. (1982). Imitative suicides. A national study of the effects of television news stories. *American Sociological Review, 47,* 802–809.

Bonfadelli, H. & Meier, W. (1984). Meta-Forschung in der Publizistikwissenschaft. Zur Problematik der Synthese von empirischer Forschung. *Rundfunk und Fernsehen, 32* (4), 537–550.

Bostwick, J. M. & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk. A reexamination. *American Journal of Psychiatry, 157* (12), 1925–1932.

Boudry, V. (2008). Suicide story frames contribute to stigma. *Newspaper Research Journal, 29* (2), 55–69.

Bouman, T. K. & Kok, A. R. (1987). Homogeneity of Beck's depression inventory (BDI). Applying Rasch analysis in conceptual exploration. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76* (5), 568–573.

Boyle, J. M., Lewis, F. & Tefft, B. (2010). Segmented or overlapping dual frame samples in telephone surveys. *Survey Practice, 3* (6), 1–9.

Brähler, E., Mühlan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHIS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica, 53* (2), 83–96.

Brent, D. A., Moritz, G., Bridge, J. A., Perper, J. A. & Canobbio, R. (1996). Long-term impact of exposure to suicide. A three-year controlled follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35* (5), 646–653.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Liotus, L., Schweers, J. et al. (1993). Bereavement or depression? The impact of the loss of a friend to suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32* (6), 1189–1197.

Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Schweers, J., Roth, C. et al. (1993). Psychiatric sequelae to the loss of an adolescent peer to suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32* (3), 509–517.

Brick, J. M., Brick, P. D., Dipko, S., Presser, S., Tucker, C. & Yuan, Y. (2007). Cell phone survey feasibility in the U.S. Sampling and calling cell numbers versus landline numbers. *Public Opinion Quarterly, 71* (1), 23–39.

Brick, J. M., Edwards, W. S. & Lee, S. (2007). Sampling telephone numbers and adults, interview length, and weighting in the California Health Interview Survey cell phone pilot study. *Public Opinion Quarterly, 71* (5), 793–813.

Bromet, E., Andrade, L., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G. de et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine, 9* (1), 90.

Bronisch, T. (1992). *Die depressive Reaktion. Probleme der Klassifikation, Diagnostik und Pathogenese*. Berlin: Springer.

Bronisch, T. (2002). Suizidforen im Internet. Eine Stellungnahme zu Georg Fiedler und Reinhard Lindner. *Suizidprophylaxe, 29* (3), 107–111.

Bronisch, T. & Wolfersdorf, M. (2012). Definition von Suizidalität. Wie grenzen wir suizidales von nichtsuizidalem Verhalten ab? *Suizidprophylaxe, 39* (2), 41–50.

Brosius, H.-B. (1993). The effects of emotional pictures in television news. *Communication Research, 20* (1), 105–124.

Brosius, H.-B. & Ziegler, W. (2001). Massenmedien und Suizid. Praktische Konsequenzen aus dem Werther-Effekt. *Communicatio Socialis, 34,* 9–29.

Brouwer, D., Meijer, R. R. & Zevalkink, J. (2013). On the factor structure of the Beck Depression Inventory–II. G is the key. *Psychological Assessment, 25* (1), 136–145.

Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R. & Beck, A. T. (2005). The internal struggle between the wish to die and the wish to live. A risk factor for suicide. *American Journal of Psychiatry, 162* (10), 1977–1979.

Brown, G. K. (2001). *A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults*. Verfügbar unter http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/15290520.pdf

Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Hwang, I., Chiu, W.-T., Sampson, N., Kessler, R. C. et al. (2011). Treatment of suicidal people around the world. *The British Journal of Psychiatry, 199* (1), 64–70.

Burton, N. (2010). *Psychiatry* (2. Aufl.). Oxford: Wiley-Blackwell (Foreword by Robert Howard).

Busch, M., Maske, U., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56* (5-6), 733–739.

Cacioppo, J. T., Fowler, J. H. & Christakis, N. A. (2009). Alone in the crowd. The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology, 97* (6), 977–991.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad. 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging, 25* (2), 453–463.

Canary, D. J. & Spitzberg, B. H. (1993). Loneliness and media gratifications. *Communication Research, 20* (6), 800–821.

Cantor, C. H. (2000). Suicide in the Western World. In K. Hawton & C. van Heeringen (Hrsg.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (S. 9–28). Chichester: Wiley.

Cantor, J. (2009). Fright reactions to mass media. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 287–303). New York: Lawrence Erlbaum.

Caplan, S. E. (2003). Preference for online social interaction. A theory of problematic internet use and psychosocial well-being. *Communication Research, 30* (6), 625–648.

Caputo, N. M. & Rouner, D. (2011). Narrative processing of entertainment media and mental illness stigma. *Health Communication, 26* (7), 595–604.

Card, N. A. (2012). *Applied meta-analysis for social science research*. New York: Guilford.

Carver, C. S. & Scheier, M. E. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

Carver, C. S. (2006). Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action. *Motivation and Emotion, 30* (2), 105–110.

Carver, C. S. & Ganellen, R. J. (1983). Depression and components of self-punitiveness. High standards, self-criticism, and overgeneralization. *Journal of Abnormal Psychology, 92* (3), 330–337.

Cash, S. J., Thelwall, M., Peck, S. N., Ferrell, J. Z. & Bridge, J. A. (2013). Adolescent suicide statements on MySpace. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16* (3), 166–174.

Cassano, G. B., Rucci, P., Frank, E., Fagiolini, A., Dell'Osso, L., Shear, M. K. et al. (2004). The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder. Arguments for a unitary approach. *American Journal of Psychiatry, 161* (7), 1264–1269.

Catanzaro, S. J. (2002). Mood regulation and suicidal behavior. In T. E. Joiner & M. D. Rudd (Hrsg.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (S. 81–103). Boston: Kluwer.

Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide. A systematic review. *Psychological Medicine, 33* (3), 395–405.

Cha, C. B., Najmi, S., Park, J. M., Finn, C. T. & Nock, M. K. (2010). Attentional bias toward suicide-related stimuli predicts suicidal behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 119* (3), 616–622.

Chambers, D. A., Pearson, J. L., Lubell, K., Brandon, S., O'Brien, K. & Zinn, J. (2005). The science of public messages for suicide prevention. A workshop summary. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (2), 134–145.

Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (S. 45-). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Chan, K. P. M., Yip, P. S. F., Au, J. & Lee, D. T. S. (2005). Charcoal-burning suicide in post-transition Hong Kong. *The British Journal of Psychiatry, 186,* 67–73.

Chandra, P. S., Doraiswamy, P., Padmanabh, A. & Philip, M. (2013). Do newspaper reports of suicides comply with standard suicide reporting guidelines? A study from Bangalore, India. *International Journal of Social Psychiatry*.

Chang, E. C. & Sanna, L. J. (2001). Negative attributional style as a moderator of the link between perfectionism and depressive symptoms: Preliminary evidence for an integrative model. *Journal of Counseling Psychology, 48* (4), 490–495.

Chang, S.-S. (2011). Internet searches for a specific suicide method follow its high-profile media coverage. *American Journal of Psychiatry, 168* (8), 855–857.

Chen, Y.-Y., Chen, F., Gunnell, D. & Yip, P. S. F. (2013). The impact of media reporting on the emergence of charcoal burning suicide in Taiwan. *PLOS ONE, 8* (1), e55000.

Chen, Y.-Y., Chen, F. & Yip, P. S. F. (2011). The impact of media reporting of suicide on actual suicides in Taiwan, 2002-05. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65* (10), 934–940.

Cheng, A. T. A., Hawton, K., Chen, T. H. H., Yen, A. M. F., Chang, J.-C., Chong, M.-Y. et al. (2007). The influence of media reporting of a celebrity suicide on suicidal behavior in patients with a history of depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 103,* 69–75.

Cheng, A. T. A., Hawton, K., Chen, T. H. H., Yen, A. M. F., Chen, C.-Y., Chen, L.-C. et al. (2007). The influence of media coverage of a celebrity suicide on subsequent suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68* (6), 862–866.

Cheng, Q., Chen, F. & Yip, P. S. F. (2011). The foxconn suicides and their media prominence. Is the werther effect applicable in china? *BMC Public Health, 11* (1), 841.

Cheng, Q., Li, H., Silenzio, V., Caine, E. D. & Voracek, M. (2014). Suicide contagion. A systematic review of definitions and research utility. *PLOS ONE, 9* (9), e108724.

Chiu, S.-H., Ko, H.-C. & Wu, J. Y.-W. (2007). Depression moderated the effect of exposure to suicide news on suicidality among college students in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (5), 585–592.

Chotai, J. (2005). Suicide aggregation in relation to socio-demographic variables and the suicide method in a general population. Assortative susceptibility. *Nordic Journal of Psychiatry, 59* (5), 325–330.

Chou, H.-T. G. & Edge, N. (2012). "They are happier and having better lives than I am". The impact of using facebook on perceptions of others' lives. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 15* (2), 117–121.

Choudhury, M. d., Morris, M. R. & White, R. W. (2014). Seeking and sharing health information online. Comparing search engines and social media. *Proceedings of the Conference on Human Factors in Computing Systems 2014*. Verfügbar unter http://research.microsoft.com/pubs/208026/health_search_chi2014.pdf

Christakis, N. A. & Fowler, J. H. (2013). Social contagion theory. Examining dynamic social networks and human behavior. *Statistics in Medicine, 32* (4), 556–577.

Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A. & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders, 144* (3), 225–234.

Chung, J. E. (2014). Social networking in online support groups for health. How online social networking benefits patients. *Journal of Health Communication, 19* (6), 639–659.

Clement, S., Lassman, F., Barley, E., Evans-Lacko, S., Williams, P., Yamaguchi, S. et al. (2013). Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *The Cochrane Library* (7).

Cochand, P. & Bovet, P. (1998). HIV infection and suicide risk. An epidemiological inquiry among male homosexuals in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33* (5), 230–234.

Cole, D. A., Ciesla, J. A. & Steiger, J. H. (2007). The insidious effects of failing to include design-driven correlated residuals in latent-variable covariance structure analysis. *Psychological Methods, 12* (4), 381–398.

Collani, G. von & Herzberg, P. Y. (2003a). Zur internen Struktur des globalen Selbstwertgefühls nach Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24* (1), 9–22.

Collani, G. von & Herzberg, P. Y. (2003b). Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 24* (1), 3–7.

Collings, S. & Niederkrotenthaler, T. (2012). Suicide prevention and emergent media. Surfing the opportunity. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33* (1), 1–4.

Collins, P. Y., Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S. et al. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature, 475* (7354), 27–30.

Collins, S. (1993). Health prevention messages may have paradoxical effect. *BMJ, 306,* 926.

Comer, R. J. (2008). *Klinische Psychologie* (6. Aufl.). Heidelberg: Spektrum.

Comstock, G. (1977). Types of portrayal and aggressive behavior. *Journal of Communication, 27* (3), 189–198.

Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5* (2), 201–222.

Corrigan, P. W., Kerr, A. & Knudsen, L. (2005). The stigma of mental illness: Explanatory models and methods for change. *Applied and Preventive Psychology, 11* (3), 179–190.

Cotten, S. R., Ford, G., Ford, S. & Hale, T. M. (2014). Internet use and depression among retired older adults in the United States. A longitudinal analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.*

Cotten, S. R., Ford, G., Ford, S. & Hale, T. M. (2012). Internet use and depression among older adults. *Computers in Human Behavior, 28* (2), 496–499.

Coyne, J. C. & Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression. A critical appraisal. *Psychological Bulletin, 94* (3), 472–505.

Crane, C., Hawton, K., Simkin, S. & Coulter, P. (2005). Suicide and the media. Pitfalls and prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26* (1), 42–47.

Crane, C., Williams, J. M. G., Hawton, K., Arensman, E., Hjelmeland, H., Bille-Brahe, U. et al. (2007). The association between life events and suicide intent in self-poisoners with and without a history of deliberate self-harm. A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (4), 367–378.

Crayen, C. (2010) Chi-sqare distributions calculator. Version 3 [Computer software]. Berlin: Freie Universität Berlin.

Crippa, J. A. S., de Lima Osório, F., Del-Ben, C. M., Filho, A. S., da Silva Freitas, M. C. & Loureiro, S. R. (2008). Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspectives in Psychiatric Care, 44* (4), 241–247.

Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C. & Jetten, J. (2014). Depression and social identity. An integrative review. *Personality and Social Psychology Review, 18* (3), 215–238.

Cueni, C., Abbruzzese, E. A., Brühl, A. B. & Herwig, U. (2011). Neuropsychologische Aspekte der Depression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59* (2), 103–114.

Cumming, G. & Finch, S. (2005). Inference by eye. Confidence intervals and how to read pictures of data. *American Psychologist, 60* (2), 170–180.

Cupchik, G. C. (2011). The role of feeling in the entertainment = emotion formula. *Journal of Media Psychology: Theories, Methods, and Applications, 23* (1), 6–11.

Daine, K., Hawton, K., Singaravelu, V., Stewart, A., Simkin, S., Montgomery, P. et al. (2013). The power of the web. A systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people. *PLOS ONE, 8* (10), e77555.

Dale, A., Wathan, J. & Higgins, V. (2008). Secondary analysis of quantitative data sources. In P. Alasuutari, L. Bickman & J. Brannen (Hrsg.), *Social research methods* (S. 520–535). London: Sage.

Dare, A. J., Am Andriessen, K., Nordentoft, M., Meier, M., Huisman, A. & Pirkis, J. E. (2011). Media awards for responsible reporting of suicide. Experiences from Australia, Belgium and Denmark. *International Journal of Mental Health Systems, 5* (1), 15.

Davison, W. P. (1983). The third-person effect in communication. *Public Opinion Quarterly, 47* (1), 1–15.

De Leo, D. (2011). DSM-V and the future of suicidology. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32* (5), 233–239.

De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M. & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior. Lessons learned from the WHO/EURO mutlicentre study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27* (1), 4–15.

De Leo, D. & Evans, R. (2004). *International suicide rates and prevention strategies*. Göttingen: Hogrefe.

De Wit, L., van Straten, A., Lamers, F., Cuijpers, P. & Penninx, B. (2011). Are sedentary television watching and computer use behaviors associated with anxiety and depressive disorders? *Psychiatry Research, 186* (2-3), 239–243.

Dehm, U. & Storll, D. (2003). TV-Erlebnisfaktoren. Ein ganzheitlicher Forschungsansatz zur Rezeption unterhaltender und informierender Fernsehangebote. *Media Perspektiven, o.J.* (9), 425–433.

Deisenhammer, E. A. & Hausmann, A. (2012). Affektive Störungen (ICD-10 F3). In W. W. Fleischhacker & H. Hinterhuber (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrie* (S. 153–195). Wien: Springer.

DeWall, C. N., Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model. Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence, 1* (3), 245–258.

Diekstra, R. F. W., Maris, R. W., Platt, S., Schmidtke, A. & Sonneck, G. (Hrsg.). (1989). *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation*. Leiden: Brill.

Dieris-Hirche, J., Gieler, U., Kupfer, J. P. & Milch, W. E. (2009). Suizidgedanken, Angst und Depression bei erwachsenen Neurodermitikern. *Der Hautarzt, 60* (8), 641–646.

Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O. & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt. A cognitive psychological approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31* (2), 153–168.

Diez-Alegría, C., Vázquez, C., Nieto-Moreno, M., Valiente, C. & Fuentenebro, F. (2006). Personalizing and externalizing biases in deluded and depressed patients. Are attributional biases a stable and specific characteristic of delusions? *British Journal of Clinical Psychology, 45* (4), 531–544.

Dillman Carpentier, F. R., Brown, J. D., Bertocci, M., Silk, J. S., Forbes, E. E. & Dahl, R. E. (2008). Sad kids, sad media? Applying mood management theory to depressed adolescents' use of media. *Media Psychology, 11* (1), 143–166.

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P. & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience, 12* (8), 467–477.

Dittmar, M. L. (1994). Relations among depression, gender, and television viewing of college students. *Journal of Social Behavior and Personality, 9* (2), 317–328.

Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Tiu, J., Friedman, J., Bienfait, K. L. et al. (2012). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 24* (4), 206–214.

Dobson, R. (1999). Internet sites may encourage suicide. *BMJ, 319* (7206), 337.

Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology. Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior, 41* (1), 1–19. Verfügbar unter www.jstor.org/stable/2676357

Domino, G., Moore, D., Westlake, L. & Gibson, L. (1982). Attitudes toward suicide. A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology, 38* (2), 257–262.

Donker, T., van Straten, A., Marks, I. & Cuijpers, P. (2010). Brief self-rated screening for depression on the Internet. *Journal of Affective Disorders, 122* (3), 253–259.

Döveling, K., Scheve, C. von & Konijn, E. A. (2011). Emotions and mass media. An interdisciplinary approach. In K. Döveling, C. von Scheve & E. A. Konijn (Hrsg.), *The Routledge handbook of emotions and mass media* (S. 1–12). London: Routledge.

Dunlop, S., Wakefield, M. & Kashima, Y. (2008). Can you feel it? Negative emotion, risk, and narrative in health communication. *Media Psychology, 11* (1), 52–75.

Dunlop, S. M., More, E. & Romer, D. (2011). Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52* (10), 1073–1080.

Durrant, R. & Ward, T. (2011). Evolutionary explanations in the social and behavioral sciences. Introduction and overview. *Aggression and Violent Behavior, 16* (5), 361–370.

Dutta-Bergman, M. (2005). Depression and news gathering after September 11. The interplay of affect and cognition. *Communication Research Reports, 22* (1), 7–14.

Egbert, N., Miraldi, L. B. & Murniadi, K. (2014). Friends don't let friends suffer from depression. How threat, efficacy, knowledge, and empathy relate to college students' intentions to intervene on behalf of a depressed friend. *Journal of Health Communication, 19* (4), 460–477.

Eichenberg, C. (2004). Suizidforen im Internet. Nicht generell zu verurteilen. *Deutsches Ärzteblatt* (12), 558.

Eichenberg, C. (2008). Internet message boards for suicidal people. A typology of users. *CyberPsychology & Behavior, 11* (1), 107–113.

Eichenberg, C. (2010). Empirische Befunde zu Suizidforen im Internet. *Suizidprophylaxe, 37* (2), 67–74.

Eichenberg, C., Wolters, C., Brähler, E. & Coyne, J. (2013). The internet as a mental health advisor in Germany. Results of a national survey. *PLOS ONE, 8* (11), e79206.

Eisenwort, B., Hermann, A., Till, B. & Niederkrotenthaler, T. (2012). Darstellung von Suizidalität in deutschsprachigen Jugendmedien in Oesterreich und ihr Einfluss auf die Suizidprävalenz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 40* (4), 251–261.

Ellis, S. J., Walsh, S., Ellis, S. & Walsh, S. (1986). Soap may seriously damage your health. *The Lancet, 327* (8482), 686.

Ellison, N. B., Steinfield, C. & Lampe, C. (2007). The benefits of facebook "friends:". Social capital and college students' use of online social network sites. *Journal of Computer-Mediated Communication, 12* (4), 1143–1168.

Epstein, S. (1992). Coping ability, negative self-evaluation, and overgeneralization. Experiment and theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 62* (5), 826–836.

Etzersdorfer, E. (2008). Medienleitlinien für die Berichterstattung von Suizidhandlungen. Stand des Wissens, zukünftige Fragestellungen. In A. Herberth, T. Niederkrotenthaler & B. Till (Hrsg.), *Suizidalität in den Medien: Interdisziplinäre Betrachtungen [Suicidality in the Media: Interdisciplinary contributions]* (S. 207–216). Wien: LIT.

Etzersdorfer, E. & Sonneck, G. (1998). Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The viennese experience 1980–1996. *Archives of Suicide Research, 4* (1), 67–74.

Etzersdorfer, E. & Sonneck, G. (1999). Suizidprävention durch Beeinflussung von Medienberichten. *Psychotherapie, 4* (2), 199–205.

Etzersdorfer, E., Sonneck, G. & Nagel-Kuess, S. (1992). Newspaper reports and suicide. *The New England Journal of Medicine, 327* (7), 502–503.

Etzersdorfer, E., Voracek, M. & Sonneck, G. (2004). A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. *Archives of Suicide Research, 8* (2), 137–145.

Everaert, J., Koster, E. H. & Derakshan, N. (2012). The combined cognitive bias hypothesis in depression. *Clinical Psychology Review, 32* (5), 413–424.

Faas, T. (2003). Umfragen im Umfeld der Bundestagswahl 2002. Offline und Online im Vergleich. *ZA-Information* (52), 120–135.

Feigelman, W., Gorman, B. S., Beal, K. C. & Jordan, J. R. (2008). Internet support groups for suicide survivors. A new mode for gaining bereavement assistance. *Omega: Journal of Death and Dying, 57* (3), 217–243.

Fekete, S., Schmidtke, A., Takahashi, Y., Etzersdorfer, E., Upanne, M. & Osvath, P. (2001). Mass media, cultural attitudes, and suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22* (4), 170–172.

Fenig, S., Levav, I., Kohn, R. & Yelin, N. (2011). Telephone vs face-toface interviewing in a communicty psychiatric survey. *American Journal of Public Health, 83* (6), 896–898.

Ferguson, C. J., Rueda, S. M., Cruz, A. M., Ferguson, D. E., Fritz, S. & Smith, S. M. (2008). Violent video games and aggression. Causal relationship or byproduct of family Violence and intrinsic violence motivation? *Criminal Justice and Behavior, 35* (3), 311–332.

Ferguson, C. J., Colwell, J., Mlačić, B., Milas, G. & Mikloušić, I. (2011). Personality and media influences on violence and depression in a cross-national sample of young adults. Data from Mexican-Americans, English and Croatians. *Computers in Human Behavior, 27* (3), 1195–1200.

Ferguson, C. J. & Dyck, D. (2012). Paradigm change in aggression research. The time has come to retire the general aggression model. *Aggression and Violent Behavior, 17* (3), 220–228.

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7* (2), 117–140.

Festl, R., Scharkow, M. & Quandt, T. (2013). Problematic computer game use among adolescents, younger and older adults. *Addiction, 108* (3), 592–599.

Fiedler, G., Forschungsgruppe Suizidalität und Psychotherapie (Mitarbeiter). (2007). *Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Daten und Fakten 2005,* Therapie-Zentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Verfügbar unter http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf

Fiedler, G. & Lindner, R. (2002). Suizidforen im Internet. *Suizidprophylaxe, 29* (1), 26–31.

Fiedler, G. & Neverla, I. (2003). Suizidforen im Internet. Überblick zum Forschungsstand und weiterführende Perspektiven. *Medien & Kommunikationswissenschaft, 51* (3-4), 557–571.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4. Aufl.). London: Sage.

Fine, T. H., Contractor, A. A., Tamburrino, M., Elhai, J. D., Prescott, M. R., Cohen, G. H. et al. (2013). Validation of the telephone-administered PHQ-9 against the in-person administered SCID-I major depression module. *Journal of Affective Disorders, 150* (3), 1001–1007.

Fishbein, M. & Cappella, J. N. (2006). The role of theory in developing effective health communications. *Journal of Communication, 56* (s1), S1–S17.

Földy, R. & Ringel, E. (1993). *Machen uns die Medien krank? Depression durch Überinformation*. München: Universitas.

Forest, A. L. & Wood, J. V. (2012). When social networking is not working. Individuals with low self-esteem recognize but do not reap the benefits of self-disclosure on facebook. *Psychological Science, 23* (3), 295–302.

Forgas, J. P. (1995). Mood and judgment. The affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin, 117* (1), 39–66.

Fowler, J. H. & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network. Longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ, 337* (dec04 2), a2338.

Frey, B. S., Benesch, C. & Stutzer, A. (2007). Does watching TV make us happy? *Journal of Economic Psychology, 28* (3), 283–313.

Frey, C., Michel, K. & Valach, L. (1997). Suicide reporting in Swiss print media. Responsible or irresponsible? *European Journal of Public Health, 7* (1), 15–19.

Fricker, S. (2005). An experimental comparison of web and telephone surveys. *Public Opinion Quarterly, 69* (3), 370–392.

Friedman, R. S., Gordis, E. & Förster, J. (2012). Re-exploring the influence of sad mood on music preference. *Media Psychology, 15* (3), 249–266.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.

Früh, W. & Wünsch, C. (2009). Empathie und Medienempathie. *Publizistik, 54* (2), 191–215.

Fu, K.-W., Chan, C. H. & Botbol, M. (2013). A study of the impact of thirteen celebrity suicides on subsequent suicide rates in South Korea from 2005 to 2009. *PLOS ONE, 8* (1), e53870.

Fu, K.-W., Chan, Y.-Y. & Yip, P. S. F. (2009). Testing a theoretical model based on social cognitive theory for media influences on suicidal ideation. Results from a panel study. *Media Psychology, 12* (1), 26–49.

Fu, K.-W., Chan, Y.-Y. & Yip, P. S. F. (2011). Newspaper reporting of suicides in Hong Kong, Taiwan and Guangzhou. Compliance with WHO media guidelines and epidemiological comparisons. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65,* 928–933.

Fu, K.-W., Wong, P. W. C. & Yip, P. S. F. (2010). What do internet users seek to know about depression from web searches? A descriptive study of 21 million web searches. *Journal of Clinical Psychiatry, 71* (9), 1246–1247.

Fu, K.-W. & Yip, P. S. F. (2007). Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation. Results from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 61* (6), 540–546.

Fu, K.-W. & Yip, P. S. F. (2008). Changes in reporting of suicide news after the promotion of the WHO media recommendations. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38* (5), 631–636.

Fu, K.-W. & Yip, P. S. F. (2009). Estimating the risk for suicide following the suicide deaths of 3 Asian entertainment celebrities. *Journal of Clinical Psychiatry, 70* (6), 869–878.

Fuchs, J., Busch, M., Lange, C. & Scheidt-Nave, C. (2012). Prevalence and patterns of morbidity among adults in Germany. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55* (4), 576–586.

Gabler, S. & Häder, S. (2002). Idiosyncrasies in telephone sampling - The case of Germany. *International Journal of Public Opinion Research, 14* (3), 339–345.

Gabler, S. & Ganninger, M. (2010). Gewichtung. In C. Wolf & H. Best (Hrsg.), *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (S. 143–164). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gabler, S. & Häder, S. (2005). Mitteilung über die Gründung der Arbeitsgruppe Mobilsample. *ZUMA Nachrichten, 29* (56), 111–118.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J. & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms. Differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36* (2), 267–276.

Geiser, C. (2011). *Datenanalyse mit Mplus. Eine anwendungsorientierte Einführung* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Genovesi, A. L., Donaldson, A. E., Morrison, B. L. & Olson, L. M. (2010). Different perspectives. A comparison of newspaper articles to medical examiner data in the reporting of violent deaths. *Accident Analysis & Prevention, 42* (2), 445–451.

Geyer, S. & Siegrist, J. (2003). Sozialwissenschaftliche Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (3. Aufl., S. 259–279). Weinheim: Juventa.

Gilboa, E. & Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition & Emotion, 11* (5-6), 517–538.

Giles, D. C. (2002). Parasocial interaction. A review of the literature and a model for future research. *Media Psychology, 4* (3), 279–305.

Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. (2008). Theory, research, and practice in health behavior and health education. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (S. 23–40). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Godinho, J., Araújo, J., Barros, H. & Ramos, E. (2014). Characteristics associated with media use in early adolescence. *Cadernos de Saúde Pública, 30* (3), 587–598.

Goodall, C. E. (2011). An overview of implicit measures of attitudes. Methods, mechanisms, strengths, and limitations. *Communication Methods and Measures, 5* (3), 203–222.

Goodman, S. H. & Brand, S. R. (2009). Depression and early adverse experiences. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (2. Aufl., S. 249–274). New York: Guilford.

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression. Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (1), 90–100.

Gottlieb, L., Waitzkin, H. & Miranda, J. (2011). Depressive symptoms and their social contexts. A qualitative systematic literature review of contextual interventions. *International Journal of Social Psychiatry, 57* (4), 402–417.

Gould, M., Jamieson, P. & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist, 46* (9), 1269–1284.

Gould, M. S. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 293* (13), 1635–1643.

Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Science, 932,* 200–224.

Gould, M. S., Kleinman, M., Lake, A. M., Forman, J. & Midle, J. B. (2014). Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988-96. A retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry, 0* (Special Preview), 7–16.

Gould, M. S., Midle, J. B., Insel, B. & Kleinman, M. (2007). Suicide reporting content analysis. Abstract development and reliability. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28* (4), 165–174.

Gould, M. S. & Shaffer, D. (1986). The impact of suicide in television movies. Evidence of imitation. *New England Journal of Medicine, 315* (11), 690–694.

Grande, D., Gollust, S. E., Pany, M., Seymour, J., Goss, A., Kilaru, A. et al. (2014). Translating research for health policy. Researchers' perceptions and use of social media. *Health Affairs.*

Greenberg, B. & Strous, R. D. (2012). Werther´s syndrome. Copycat self-immolation in Israel with a call for responsible media response. *The Israel Medical Association Journal, 14,* 467–469. Zugriff am 10.12.2012. Verfügbar unter http://www.ima.org.il/imaj/ar12aug-1.pdf

Greenwald, A. G., McGhee, D. E. & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition. The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (6), 1464–1480.

Gross, J. J. & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation. One or two depends on your point of view. *Emotion Review, 3* (1), 8–16.

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation. Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (1), 224–237.

Gross, J. J. & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2* (2), 151–164.

Gunn, J. F. & Lester, D. (2012). Media guidelines in the internet age. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 33* (4), 187–189.

Gunn, J. F. & Lester, D. (2013). Using google searches on the internet to monitor suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders, 148* (2-3), 411–412.

Guterbock, T. M., Lavrakas, P. J., Tompson, T. N. & ZuWallack, R. (2011). Cost and productivity ratios in dual-frame RDD telephone surveys. *Survey Practice, 4* (2), 1–7.

Gutschoven, K. & van den Bulck, J. (2005). Television viewing and age at smoking initiation. Does a relationship exist between higher levels of television viewing and earlier onset of smoking? *Nicotine & Tobacco Research, 7* (3), 381–385.

Habel, U. & Schneider, F. M. (2012). Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Erkrankungen. In F. M. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie.* Unter Mitarbeit von Sabrina Weber-Papen (S. 543–551). Berlin: SpringerMedizin.

Haenel, T. (2008). *Depression. Leben mit der schwarz gekleideten Dame.* Hedelberg: Spektrum.

Haenel, T. & Pöldinger, W. (1986). Erkennung und Beurteilung der Suizidalität. In K. P. Kisker, H. Lauter, Meyer, J.-E., Müller, C. & E. Strömgren (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart* (S. 107–132). Berlin: Springer.

Hagihara, A., Abe, T., Omagari, M., Motoi, M. & Nabeshima, Y. (2014). The impact of newspaper reporting of hydrogen sulfide suicide on imitative suicide attempts in Japan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49* (2), 221–229.

Hagihara, A., Tarumi, K. & Abe, T. (2007). Media suicide-reports, internet use and the occurrence of suicides between 1987 and 2005 in Japan. *BMC Public Health, 7* (1), 321.

Hajebi, A., Motevalian, A., Amin-Esmaeili, M., Hefazi, M., Radgoodarzi, R., Rahimi-Movaghar, A. et al. (2012). Telephone versus face-to-face administration of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, for diagnosis of psychotic disorders. *Comprehensive Psychiatry, 53* (5), 579–583.

Hales, D. J. & Rapaport, M. H. (2008). Major depressive disorder and suicide. *Focus, 6* (1), 1.

Hamer, M., Poole, L. & Messerli-Bürgy, N. (2013). Television viewing, C-reactive protein, and depressive symptoms in older adults. *Brain, Behavior, and Immunity, 33,* 29–32.

Hamm, M. P., Shulhan, J., Williams, G., Milne, A., Scott, S. D. & Hartling, L. (2014). A systematic review of the use and effectiveness of social media in child health. *BMC Pediatrics, 14* (138), 1–15.

Hammond, W. R. (2001). Suicide prevention. Broadening the field toward a public health approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32* (Supplement to I), 1–2.

Hardt, J. & Johnson, J. G. (2010). Suicidality, depression, major and minor negative life events: a mediator model. Suizidalität, Depression, majore und minore negative Lebensereignisse: ein Mediatormodell. *GMS Psycho-Social-Medicine, 7,* 1–8.

Harris, K., McLean, J. & Sheffield, J. (2009). Examining suicide-risk individuals who go online for suicide-related purposes. *Archives of Suicide Research, 13* (3), 264–276.

Hassan, R. (1995). Effects of newspaper stories on the incidence of suicide in Australia. A research note. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 29,* 480–483.

Haw, C. (1994). A cluster of suicides at a London psychiatric unit. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24* (3), 256–266.

Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C. & Platt, S. (2013). Suicide clusters. A review of risk factors and mechanisms. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 43* (1), 97–108.

Hawkins, N., Richards, P. S., Granley, H. M. & Stein, D. M. (2004). The impact of exposure to the thin-ideal media image on women. *Eating Disorders, 12* (1), 35–50.

Hawthorne, G. (2003). The effect of different methods of collecting data. Mail, telephone and filter data collection issues in utility measurement. *Quality of Life Research, 12* (8), 1081–1088. Verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/4038962

Hawton, K. & Simkin, S. (2003). Helping people bereaved by suicide. *BMJ, 327* (7408), 177–178.

Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J. J., O'Connor, S., Keen, A., Altman, D. G. et al. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentations to hospital for self poisoning. Time series and questionnaire study. *BMJ, 318,* 972–977.

Hawton, K. & Williams, K. (2002). Influences of the media on suicide. Researchers, policy makers, and media personnel need to collaborate on guidelines. *BMJ, 325,* 1374–1375.

Hawton, K. (2001). Studying survivors of nearly lethal suicide attempts. An important strategy in suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32,* 76–84.

Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C. & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 147* (1-3), 17–28.

Hawton, K., Saunders, K. & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379* (9834), 2373–2382.

Hawton, K. & van Heeringen, C. (2009). Suicide. *The Lancet, 373* (9672), 1372–1381.

Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach*. New York: Guilford.

Hefner, D., Rothmund, T., Klimmt, C. & Gollwitzer, M. (2011). Implicit measures and media effects research. Challenges and opportunities. *Communication Methods and Measures, 5* (3), 181–202.

Hegerl, U., Koburger, N., Rummel-Kluge, C., Gravert, C., Walden, M. & Mergl, R. (2013). One followed by many?—Long-term effects of a celebrity suicide on the number of suicidal acts on the German railway net. *Journal of Affective Disorders, 146* (1), 39–44.

Hegerl, U., Mergl, R., Doganay, G., Reschke, K., Rummel-Kluge, C. & Reif, A. (2013). Why has the continuous decline in German suicide rates stopped in 2007? *PLOS ONE, 8* (8), e71589.

(Higgins, J. & Green, S., Hrsg.). (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.1.0,* The Cochrane Collaboration. Verfügbar unter http://handbook.cochrane.org/

Hill, A. B. (1965). The environment and disease. Association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine, 58* (5), 295–300.

Hines, D. A., Douglas, E. M. & Mahmood, S. (2010). The effects of survey administration on disclosure rates to sensitive items among men. A comparison of an internet panel sample with a RDD telephone sample. *Computers in Human Behavior, 26* (6), 1327–1335.

Hinz, A., Schumacher, J., Albani, C., Schmid, G. & Brähler, E. (2006). Bevölkerungsrepräsentative Normierung der Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. *Diagnostica, 52* (1), 26–32.

Hittner, J. B. (2005). How robust is the Werther effect? A re-examination of the suggestion-imitation model of suicide. *Mortality, 10* (3), 193–200.

Hodapp, V., Sicker, G., Wick, A.-D. & Winkelsträter, R. (1997). Ärger und Suizidrisiko. *Der Nervenarzt, 68* (1), 55–61.

Hoffmann, J. (2007). *Krimirezeption. Genre-Inkongruenz und Genrewahrnehmung bei Auswahl, Erleben und Bewertung von Kriminalfilmen*. München: Reinhard Fischer.

Holding, T. A. (1974). The B.B.C. `Befrienders' series and its effects. *The British Journal of Psychiatry, 124* (5), 470–472.

Holmes, R. M. & Holmes, S. T. (2005). *Suicide. Theory, practice, and investigations*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Horne, J. & Wiggins, S. (2009). Doing being 'on the edge'. Managing the dilemma of being authentically suicidal in an online forum. *Sociology of Health & Illness, 31* (2), 170–184.

Hughes, D. & Kleespies, P. (2001). Suicide in the medically ill. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 31* (Supplement to I), 48–59.

Hwang, J. M., Cheong, P. H. & Feeley, T. H. (2009). Being young and feeling blue in Taiwan. Examining adolescent depressive mood and online and offline activities. *New Media & Society, 11* (7), 1101–1121.

Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders. The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology, 6* (1), 155–179.

Insel, B. J. & Gould, M. S. (2008). Impact of modeling on adolescent suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 31* (2), 293–316.

Jack, B. (2014). Goethe´s Werther and its effects, 5–6.

Jackson, E. D. & Potkay, C. R. (1974). Audience reactions to the suicide play Quiet Cries. *Journal of Community Psychology, 2,* 16–17.

Jacob, N., Scourfield, J. & Evans, R. (2014). Suicide prevention via the internet. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 1,* 1–7.

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt, 85* (1), 77–87.

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population. Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine, 34* (4), 597–611.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany // Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). The mental health module of the German health interview and examination survey for adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research,* n/a.

Jamieson, P. E., Jamieson, K. H. & Romer, D. (2003). The responsible reporting of suicide in print journalism. *American Behavioral Scientist, 46* (12), 1643–1660.

Jamieson, P. E. & Romer, D. (2011). Trends in explicit portrayal of suicidal behavior in popular U.S. movies, 1950–2006. *Archives of Suicide Research, 15* (3), 277–289.

Jashinsky, J., Burton, S. H., Hanson, C. L., West, J., Giraud-Carrier, C., Barnes, M. D. et al. (2013). Tracking suicide risk factors through Twitter in the US. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 1* (-1), 1–9.

Jelenchick, L. A., Eickhoff, J. C. & Moreno, M. A. (2013). "Facebook depression?". Social networking site use and depression in older adolescents. *Journal of Adolescent Health, 52* (1), 128–130.

Jeste, D. V., Blazer, D. G. & First, M. (2005). Aging-related diagnostic variations. Need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biological Psychiatry, 58* (4), 265–271.

Johansson, L., Lindqvist, P. & Eriksson, A. (2006). Teenage suicide cluster formation and contagion. Implications for primary care. *BMC Family Practice, 7* (32), 1–5. Verfügbar unter http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-7-32.pdf

John, A., Hawton, K., Lloyd, K., Luce, A., Platt, S., Scourfield, J. et al. (2014). Printqual – A measure for assessing the quality of newspaper reporting of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention.*

John, O. P. & Gross, J. J. (2007). Individual differences in emotion regulation. In J. J. Gross (Hrsg.), *Handbook of emotion regulation* (S. 351–372). New York: Guilford.

Johnson, J., Gooding, P. & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia. Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81* (1), 55–77.

Joiner, T. E. (1999). The clustering and contagion of suicide. *Current Directions in Psychological Science, 8* (3), 89–92.

Joiner, T. E., van Orden, K. A., Witte, T. K. & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide. Guidance for working with suicidal clients*. Washington, D.C.: APA.

Jonas, K. (1992). Modelling and suicide. A test of the Werther effect. *British Journal of Social Psychology, 31* (4), 295–306.

Jonas, K. & Brömer, P. (2002). Die sozial-kognitive Theorie von Bandura. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 2: Gruppen-, Interaktions- und Lerntheorien*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage (S. 277–299). Bern: Huber.

Jones, R., Sharkey, S., Ford, T., Emmens, T., Hewis, E., Smithson, J. et al. (2011). Online discussion forums for young people who self-harm. User views. *The Psychiatrist, 35* (10), 364–368.

Joormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (2. Aufl., S. 298–321). New York: Guilford.

Joormann, J. & D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression. Examining the role of cognitive processes. *Cognition & Emotion, 24* (6), 913–939.

Joormann, J. & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression. Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion, 24* (2), 281–298.

Ju Ji, N., Young Lee, W., Seok Noh, M. & Yip, P. S. F. (2014). The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate. Epidemiological findings on copycat suicides from South Korea. *Journal of Affective Disorders, 156,* 56–61.

Kamtsiuris, P., Lange, M., Hoffmann, R., Schaffrath Rosario, A., Dahm, S., Kuhnert, R. et al. (2013). Die erste Welle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Stichprobendesign, Response, Gewichtung und Repräsentativität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56* (5-6), 620–630.

Kapusta, N. D. (2012). Non-suicidal self-injury and suicide risk assessment, quo vadis DSM-V? *Suicidology Online, 3,* 1–3.

Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A. & Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research, 46* (5), 644–650.

Keller, F. & Kempf, W. (1997). Some latent trait and latent class analyses of the Beck-Depression-Inventory (BDI). In J. Rost & R. Langeheine (Hrsg.), *Applications of latent trait and latent class models in the social sciences* (S. 314–322). Münster: Waxmann.

Keller, M. C., Neale, M. C. & Kendler, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry, 164* (10), 1521–1529.

Kemp, C. G. & Collings, S. C. (2011). Hyperlinked suicide. Assessing the prominence and accessibility of suicide websites. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32* (3), 143–151.

Kendler, K. S., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2005). Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Focus, 3* (1), 83–97.

Kendler, K. S., Gardner, C. O. & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *American Journal of Psychiatry, 163* (1), 115–124.

Kendler, K. S., Karnowski, L. M. & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry, 156* (6), 837–841.

Kennedy, C. (2007). Evaluating the effects of screening for telephone service in dual frame RDD surveys. *Public Opinion Quarterly, 71* (5), 750–771.

Kepplinger, H. M. (2008). Media effects. In W. Donsbach (Hrsg.), *International encyclopedia of communication online*. Malden, MA: Wiley.

Kercher, A. J., Rapee, R. M. & Schniering, C. A. (2009). Neuroticism, life events and negative thoughts in the development of depression in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37* (7), 903–915.

Kessing, L. V. (2004). Endogenous, reactive and neurotic depression - Diagnostic stability and long-term outcome. *Psychopathology, 37* (3), 124–130.

Kessler, R. C. & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health, 34* (1), 119–138.

Kessler, R. C., Downey, G., Milavsky, J. R. & Stipp, H. (1988). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicides. A reconsideration. *The American Journal of Psychiatry, 145* (11), 1379–1383.

Kessler, R. C., Downey, G., Stipp, H. & Milavsky, J. R. (1989). Network television news stories about suicide and short-term changes in total U.S. suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 177* (9), 551–555.

Kessler, R. C. & Stipp, H. (1984). The impact of fictional television suicide stories on U.S. fatalities. A replication. *American Journal of Sociology, 90* (1), 151–167.

Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and protecting positive mental health. Early and often throughout the lifespan. In C. L. M. Keyes (Hrsg.), *Mental well-being. International contributions to the study of positive mental health* (S. 3–28). Dordrecht: Springer.

Keyes, K. M., Pratt, C., Galea, S., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C. & Shear, M. K. (2014). The burden of loss. Unexpected death of a loved one and psychiatric disorders across the life course in a national study. *American Journal of Psychiatry*.

Kim, J.-H., Park, E.-C., Nam, J.-M., Park, S., Cho, J., Kim, S.-J. et al. (2013). The Werther effect of two celebrity suicides. An entertainer and a politician. *PLOS ONE, 8* (12), e84876.

Kim, K., Ryu, E., Chon, M.-Y., Yeun, E.-J., Choi, S.-Y., Seo, J.-S. et al. (2006). Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation. A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43* (2), 185–192.

Klein, D. N., Kotov, R. & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression. Explanatory models and review of the evidence. *Annual Review of Clinical Psychology, 7* (1), 269–295.

Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion, 5* (4), 345–379.

Klin, A. & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media. Review of studies on production, content, and influences. *Journal of Health Communication, 13* (5), 434–449.

Knight, M. T., Furnham, A. F. & Lester, D. (2000). Lay theories of suicide. *Personality and Individual Differences, 29* (3), 453–457.

Knobloch, S. (2003). Mood adjustment via mass communication. *Journal of Communication, 53* (2), 233–250.

Knobloch-Westerwick, S. (2007). Gender differences in selective media use for mood management and mood adjustment. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 51* (1), 73–92.

Konijn, E. A., van der Molen, J. H. W. & van Nes, S. (2009). Emotions bias perceptions of realism in audiovisual media. Why we may take fiction for real. *Discourse Processes, 46* (4), 309–340.

Kramer, A. D. I., Guillory, J. E. & Hancock, J. T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*.

Krämer, B. (2013). *Mediensozialisation. Theorie und Empirie zum Erwerb medienbezogener Dispositionen*. Wiesbaden: Springer VS.

Krasnova, H., Wenninger, H., Widjaja, T. & Buxmann, P. (2013). *Envy on facebook. A hidden threat to users' life satisfaction*. 92. Verfügbar unter http://aisel.aisnet.org/wi2013

Kraut, R., Kiesler, S., Boneva, B., Cummings, J., Helgeson, V. & Crawford, A. (2002). Internet paradox revisited. *Journal of Social Issues, 58* (1), 49–74.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukophadhyay, T. & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 53* (9), 1017–1031.

Krcmar, M. & Kean, L. G. (2005). Uses and gratifications of media violence. Personality correlates of viewing and liking violent genres. *Media Psychology, 7* (4), 399–420.

Kresnow, M.-j., Ikeda, R. M., Mercy, J. A., Powell, K. E., Potter, L. B., Simon, T. R. et al. (2001). An unmatched case-control study of nearly lethal suicide attempts in Houston, Texas. Research methods and measurements. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32* (Supplement to I), 7–20.

Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, Janet B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16* (9), 606–613.

Krüger, U. M. (2014). Profile deutscher Fernsehprogramme - Tendenzen der Angebotsentwicklung. Programmanalyse 2013 - Teil 1: Sparten und Formen. *Media Perspektiven* (4), 219–241.

Kubey, R. & Czikszentmihalyi, M. (2002). Television addiction is no mere metaphor. *Scientific American, 286* (2), 74–80.

Kuckartz, U. (2014). *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren.* Wiesbaden: Springer VS.

Kühne, R. (2013). Emotionale Framing-Effekte auf Einstellungen. Ein integrativees Modell. *Medien & Kommunikationswissenschaft, 61* (1), 5–20.

Kullik, A. & Petermann, F. (2013). Dysfunktionale Emotionsregulation als grundlegendes Merkmal von Jugendlichen mit Angst- und depressiven Störungen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 81* (01), 35–39.

Kunrath, S., Baumert, J. & Ladwig, K.-H. (2011). Increasing railway suicide acts after media coverage of a fatal railway accident? An ecological study of 747 suicidal acts. *Journal of Epidemiology & Community Health, 65* (9), 825–828.

Kupfer, D. J. (2013). DSM-5—The future arrived. *JAMA: The Journal of the American Medical Association,* E1–E2.

Ladwig, K.-H., Kunrath, S., Lukaschek, K. & Baumert, J. (2012). The railway suicide death of a famous German football player. Impact on the subsequent frequency of railway suicide acts in Germany. *Journal of Affective Disorders, 136* (1-2), 194–198.

Lam, L. T., Peng, Z.-w., Mai, J.-c. & Jing, J. (2009). Factors associated with internet addiction among adolescents. *CyberPsychology & Behavior, 12* (5), 551–555.

Langeland, E. & Vinje, H. F. (2013). The significance of salutogenesis and well-being in mental health promotion. From theory to practice. In C. L. M. Keyes (Hrsg.), *Mental well-being. International contributions to the study of positive mental health* (S. 299–329). Dordrecht: Springer.

LaRose, R. (2009). Social cognitive theories of media selection. In T. Hartmann (Hrsg.), *Media choice. A theoretical and empirical overview* (S. 10–31). New York: Routledge.

LaRose, R. & Eastin, M. S. (2004). A social cognitive theory of internet uses and gratifications. Toward a new model of media attendance. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 48* (3), 358–377.

LaRose, R., Lin, C. A. & Eastin, M. S. (2003). Unregulated internet usage. Addiction, habit, or deficient self-regulation? *Media Psychology, 5* (3), 225–253.

Lau, R. R. (1985). Two explanations for negativity effects in political behavior. *American Journal of Political Science, 29* (1), 119.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaption*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (2001). Relational meaning and discrete emotions. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Hrsg.), *Appraisal processes in emotion. Theory, methods, research* (S. 37–67). New York: Oxford University Press.

Leask, J., Hooker, C. & King, C. (2010). Media coverage of health issues and how to work more effectively with journalists. A qualitative study. *BMC Public Health, 10* (1), 535.

Lee, B. K., Lessler, J., Stuart, E. A. & Biondi-Zoccai, G. (2011). Weight trimming and propensity score weighting. *PLOS ONE, 6* (3), e18174.

Lee, C. (2013). *The role of self-esteem, perceived social support, and coping strategy in the escalation of depressive symptomatology during the first year of college*. Verfügbar unter http://ecommons.luc.edu/luc_theses/1461

Lee, J., Lee, W.-Y., Hwang, J.-S. & Stack, S. J. (2014). To what extent does the reporting behavior of the media regarding a celebrity suicide influence subsequent suicides in South Korea? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44* (4), 457–472.

Lee, S., Tsang, A., Mak, A., Lee, A., Lau, L. & Ng, K. L. (2010). Concordance between telephone survey classification and face-to-face interview diagnosis of one-year major depressive episode in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 126* (1-2), 155–160.

Leiner, D. J. (submitted). Convenience samples from online respondent pools. A case study of the SoSci Panel. *International Journal of Internet Science* (n/a).

Leiner, D. J. (2012, März). *SoSci Panel. The Noncommercial Online Access Panel.* GOR 2012, Mannheim. Verfügbar unter https://www.soscisurvey.de/panel/download/SoSciPanel.GOR2012.pdf

Lembach, Y. (2011). *Die Imitation von Suiziden in sozialen Netzwerken*. Regensburg: S. Roderer.

Lester, D. (1994). A comparison of 15 theories of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24* (1), 80–88.

Leung, C. M., Chung, W. S. D. & So, E. P. M. (2002). Burning charcoal. An indigenous method of committing suicide in Hong Kong. *The Journal of Clinical Psychiatry, 63* (5), 447–450.

Levine, M. P. & Harrison, K. (2009). Effects of media on eating disorders and body image. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 490–516). New York: Lawrence Erlbaum.

Lewiecki, E. M. & Miller, S. A. (2012). Suicide affects all of us. *The Lancet, 379* (9834), 2316–2318.

Lewison, G., Roe, P., Wentworth, A. & Szmukler, G. (2012). The reporting of mental disorders research in British media. *Psychological Medicine, 42* (2), 435–441.

Ley, P., Helbig-Lang, S., Czilwik, S., Lang, T., Worlitz, A., Brücher, K. et al. (2011). Phenomenological differences between acute and chronic forms of major depression in inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry, 65* (5), 330–337.

Lin, C. A. (2009). Effects of the internet. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 567–591). New York: Lawrence Erlbaum.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself. The reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 276–286.

Linek, S. (2003). Der Einfluss von Traurigkeit als State und Depressivität als Trait auf das Fernsehverhalten. *Zeitschrift für Medienpsychologie, 15* (3), 90–97.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.* Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile&v=17

Lönnqvist, J. K. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour. Depression. In K. Hawton & C. van Heeringen (Hrsg.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (S. 107–120). Chichester: Wiley.

Lorant, V. (2003). Socioeconomic inequalities in depression. A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology, 157* (2), 98–112.

Ludvigsson, M., Milberg, A., Marcusson, J. & Wressle, E. (2014). Normal aging or depression? A qualitative study on the differences between subsyndromal depression and depression in very old people. *The Gerontologist, advance online publication*.

Luppino, F. S., de Wit, Leonore M, Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H. et al. (2010). Overweight, obesity, and depression. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry, 67* (3), 220–229.

Lynn, P. & Kaminska, O. (2013). The impact of mobile phones on survey measurement error. *Public Opinion Quarterly, 77* (2), 586–605.

Machlin, A., Pirkis, J. E. & Spittal, M. J. (2013). Which suicides are reported in the media – and what makes them "newsworthy"? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34* (5), 305–313.

Machlin, A., Skehan, J., Sweet, M., Wake, A., Fletcher, J., Spittal, M. et al. (2012). Reporting suicide. Interpreting media guidelines. *Australian Journalism Review, 34* (2), 45–56.

Maio, G. R. & Haddock, G. (2012). *The psychology of attitudes and attitude change*. London: Sage.

Maloney, J., Pfuhlmann, B., Arensman, E., Coffey, C., Gusmão, R., Poštuvan, V. et al. (2013). Media recommendations on reporting suicidal behaviour and suggestions for optimisation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128* (4), 314–315.

Maloney, J., Pfuhlmann, B., Arensman, E., Coffey, C., Gusmão, R., Poštuvan, V. et al. (2014). How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Archives of Suicide Research, 18* (2), 156–169.

Mangold, R. & Bartsch, A. (2012). Mediale und reale Emotionen - der feine Unterschied. In S. Poppe (Hrsg.), *Emotionen in Literatur und Film* (S. 89–105). Würzburg: Königshausen & Neumann.

Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L. & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *The American Journal of Psychiatry, 156* (2), 181–189.

Maris, R. W., Berman, A. L. & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford.

Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet, 360* (9329), 319–326.

Markey, P. (2000). Bystander intervention in computer-mediated communication. *Computers in Human Behavior, 16* (2), 183–188.

Marshburn, J. K. (2012). *Did the CDC guidelines for suicide reports affect the New York Times?* (Master's Theses. Paper 4201). Zugriff am 15.01.2013. Verfügbar unter http://scholarworks.sjsu.edu/etd_theses/4201

Martin, G. (1996). The influence of television suicide in a normal adolescent population. *Archives of Suicide Research, 2* (2), 103–117.

Marušič, A. (2004). Toward a new definition of suicidality? Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 25* (4), 145–146.

Marzuk, P. M., Hartwell, N., Leon, A. C. & Portera, L. (2005). Executive functioning in depressed patients with suicidal ideation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 112* (4), 294–301.

Marzuk, P. M., Tardiff, K., Hirsch, C. S., Leon, A. C., Stajic, M., Hartwell, N. et al. (1994). Increase in suicide by asphyxiation in New York City after the publication of Final Exit. *Publishing Research Quarterly, 10,* 62–68.

Marzuk, P. M., Tardiff, K. & Leon, A. C. (1994). Increase in fatal suicidal poisonings and suffocations in the year Final Exit was published. A national study. *The American Journal of Psychiatry, 151* (12), 1813–1814.

Matt, G. E., Vázquez, C. & Campbell, W. (1992). Mood-congruent recall of affectively toned stimuli. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 12* (2), 227–255.

Matthes, J. (2007). *Framing-Effekte. Zum Einfluss der Politikberichterstattung auf die Einstellungen der Rezipienten*. München: Reinhard Fischer.

Maurer, M. & Jandura, O. (2008). Masse statt Klasse? Einige kritische Anmerkungen zu Repräsentativität und Validität von Online-Befragungen. In N. Jackob, H. Schoen & T. Zerback (Hrsg.), *Online-Befragung* (S. 61–73). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

McDowell, R. D., Ryan, A., Bunting, B. P., O'Neill, S. M., Alonso, J., Bruffaerts, R. et al. (2013). Mood and anxiety disorders across the adult lifespan. A European perspective. *Psychological Medicine,* 1–16.

McEachan, Rosemary Robin Charlotte, Conner, M., Taylor, N. J. & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour. A meta-analysis. *Health Psychology Review, 5* (2), 97–144.

McGirr, A., Renaud, J., Seguin, M., Alda, M., Benkelfat, C., Lesage, A. et al. (2007). An examination of DSM-IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder. A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders, 97* (1-3), 203–209.

McHorney, C. A., Kosinski, M. & Ware, J. E. (1994). Comparisons of the costs and quality of norms for the SF-36 health survey collected by mail versus telephone interview. Results from a national survey. *Medical Care, 32* (6), 551–567. Verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/3765941

McKenna, B., Thom, K., Edwards, G., Nairn, R. G., O'Brien, A. & Leary, I. (2010). *Reporting of suicide in New Zealand. Content and case study analysis*. Auckland: Te Pou.

McKenna, K. Y. A., Green, A. S. & Gleason, M. E. J. (2002). Relationship formation on the internet. What's the big attraction? *Journal of Social Issues, 58* (1), 9–31.

McKenzie, N. & Keane, M. (2007). Contribution of imitative suicide to the suicide rate in prisons. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (5), 538–542.

McKenzie, N., Landau, S., Kapur, N., Meehan, J., Robinson, J., Bickley, H. et al. (2005). Clustering of suicides among people with mental illness. *The British Journal of Psychiatry, 187* (5), 476–480.

McQuail, D. (2010). *McQuail´s mass communication theory. 6th edition.* London: Sage.

Meffert, M. F., Chung, S., Joiner, A. J., Waks, L. & Garst, J. (2006). The effects of negativity and motivated information processing during a political campaign. *Journal of Communication, 56* (1), 27–51.

Mehlum, L. (2005). Traumatic stress and suicidal behaviour. An important target for treatment and prevention. In K. Hawton (Hrsg.), *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice* (S. 121–138). Oxford: Oxford University Press.

Mercy, J. A. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology, 154* (2), 120–127.

Mesoudi, A. & Jones, J. H. (2009). The cultural dynamics of copycat suicide. *PLOS ONE, 4* (9), e7252.

Messias, E., Castro, J., Saini, A., Usman, M. & Peeples, D. (2011). Sadness, suicide, and their association with video game and internet overuse among teens. Results from the youth risk behavior survey 2007 and 2009. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41* (3), 307–315.

Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt, 71* (7), 535–542.

Michel, K., Frey, C., Schlaepfer, T. E. & Valach, L. (1995). Suicide reporting in the Swiss print media. Frequency, form and content of articles. *European Journal of Public Health, 5* (3), 199–203.

Michel, K., Frey, C., Wyss, K. & Valach, L. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 21* (2), 71–79.

Miranda, R., Gallagher, M., Bauchner, B., Vaysman, R. & Marroquín, B. (2012). Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety, 29* (3), 180–186.

Mishara, B. L. & Weisstub, D. N. (2007). Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the internet. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (1), 58–65.

Mitchell, K. J. & Ybarra, M. L. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Preventive Medicine, 45* (5), 392–396.

Möller, I. & Krahé, B. (2009). Exposure to violent video games and aggression in German adolescents. A longitudinal analysis. *Aggressive Behavior, 35* (1), 75–89.

Möller-Leimkühler, A. (2005). Geschlechterrolle und psychische Erkrankung. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, 6* (3), 29–35.

Möller-Leimkühler, A. (2009). Männer, Depression und „männliche Depression". *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 77* (7), 412–422.

Monroe, S. M., Slavich, G. M. & Georgiades, K. (2009). The social envoronment and life stress in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Hrsg.), *Handbook of depression* (2. Aufl., S. 340–360). New York: Guilford.

Montaño, D. E. & Kasprzyk, D. (2008). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Hrsg.), *Health behavior and health education. Theory, research, and practice* (S. 67–96). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Moore, M. T. & Fresco, D. M. (2012). Depressive realism. A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 32* (6), 496–509.

Moors, A. (2009). Theories of emotion causation. A review. *Cognition & Emotion, 23* (4), 625–662.

Moreno, M. A., Jelenchick, L. A., Koff, R. & Eickhoff, J. C. (2012). Depression and internet use among older adolescents. An experience sampling approach. *Psychology, 3* (29), 743–748.

Morgan, C. & Cotten, S. R. (2003). The relationship between internet activities and depressive symptoms in a sample of college freshmen. *CyberPsychology & Behavior, 6* (2), 133–142.

Morgan, M. (1984). Heavy television viewing and perceived quality of life. *Journalism Quarterly, 61* (3), 499–504, 740.

Morrison, R. & O'Connor, R. C. (2008). A systematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38* (5), 523–538.

Motto, J. A. (1967). Suicide and suggestibility. The role of the press. *American Journal of Psychiatry, 124* (2), 252–256.

Motto, J. A. (1970). Newspaper influence on suicide. A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 23,* 143–148.

Msetfi, R. M., Murphy, R. A., Simpson, J. & Kornbrot, D. E. (2005). Depressive realism and outcome density bias in contingency judgments. The effect of the context and intertrial interval. *Journal of Experimental Psychology: General, 134* (1), 10–22.

Mustanski, B. S. (2001). Getting wired. Exploiting the internet for the collection of valid sexuality data. *Journal of Sex Research, 38* (4), 292–301.

Müters, S., Hoebel, J. & Lange, C. (Robert Koch-Institut Berlin, Hrsg.). (2013). *Diagnose Depression. Unterschiede bei Frauen und Männern.* GBE kompakt 4(2). Verfügbar unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2013_2_depression.pdf?__blob=publicationFile

Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2012). *Mplus user´s guide* (7. Aufl.). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

Muusses, L. D., Finkenauer, C., Kerkhof, P. & Billedo, C. J. (2014). A longitudinal study of the association between compulsive internet use and wellbeing. *Computers in Human Behavior, 36,* 21–28.

Myrick, J. G., Major, L. H. & Jankowski, S. M. (2014). The sources and frames used to tell stories about depression and anxiety. A content analysis of 18 years of national television news coverage. *Electronic News, 8* (1), 49–63.

Nabi, R. L. (2003). Exploring the framing effects of emotion. Do discrete emotions differentially influence information accessibility, information seeking, and policy preference? *Communication Research, 30* (2), 224–247.

Nabi, R. L. & Clark, S. (2008). Exploring the limits of social cognitive theory. Why negatively reinforced behaviors on TV may be modeled anyway. *Journal of Communication, 58* (3), 407–427.

Nabi, R. L. & Keblusek, L. (2014). Inspired by hope, motivated by envy. Comparing the effects of discrete emotions in the process of social comparison to media figures. *Media Psychology, 17* (2), 208–234.

Naito, A. (2007). Internet suicide in japan. Implications for child and adolescent mental health. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12* (4), 583–597.

Najmi, S., Wegner, D. M. & Nock, M. K. (2007). Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. *Behaviour Research and Therapy, 45* (8), 1957–1965.

Nanayakkara, S., Misch, D., Chang, L. & Henry, D. (2013). Depression and exposure to suicide predict suicide attempt. *Depression and Anxiety, 30,* 991–996.

National Institute of Mental Health (NIMH). (2011). *NIMH Research Domain Criteria (RDoC).* Verfügbar unter http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml#toc_product

Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L. & Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 43* (4), 297–308.

Neuner, T., Hübner-Liebermann, B., Hajak, G., Hausner, H., Hubner-Liebermann, B. & Hausner, H. (2009). Assisted suicide on TV—the public 'License to Kill'? *The European Journal of Public Health, 19* (4), 359–360.

Nguyen, G. T., Wittink, M. N., Murray, G. F. & Barg, F. K. (2008). More than just a communication medium. What older adults say about television and depression. *The Gerontologist, 48* (3), 300–310.

Nie, N. H. & Erbring, L. (2002). Internet and society. A preliminary report. *IT & Society, 1* (1), 275–283.

Niederkrotenthaler, T., Floderus, B., Alexanderson, K., Rasmussen, F. & Mittendorfer-Rutz, E. (2012). Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of Epidemiology & Community Health, 66* (3), 233–239.

Niederkrotenthaler, T., Fu, K.-W., Yip, P. S. F., Fong, D. Y. T., Stack, S., Cheng, Q. et al. (2012). Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide. A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66* (11), 1037–1042.

Niederkrotenthaler, T., Herberth, A. & Sonneck, G. (2007). Der "Werther-Effekt". Mythos oder Realität. *Neuropsychiatrie, 21* (4), 284–290.

Niederkrotenthaler, T. & Sonneck, G. (2007). Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria. Interrupted time series analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41* (5), 419–428.

Niederkrotenthaler, T., Till, B., Herberth, A., Voracek, M., Kapusta, N. D., Etzersdorfer, E. et al. (2009). The gap between suicide characteristics in the print media and in the population. *The European Journal of Public Health, 19* (4), 361–364.

Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K. & Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide. A population-based ecologic study. *Social Science & Medicine, 69* (7), 1085–1090.

Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., Till, B., Strauss, M., Etzersdorfer, E. et al. (2010). Role of media reports in completed and prevented suicide. Werther v. Papageno effects. *The British Journal of Psychiatry, 197,* 234–243.

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews, 30* (1), 133–154.

Nock, M. K., Park, J. M., Finn, C. T., Deliberto, T. L., Dour, H. J. & Banaji, M. R. (2010). Measuring the suicidal mind. Implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychological Science, 21* (4), 511–517.

O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel. A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26,* 237–252.

O'Carroll, P. W., Crosby, A., Mercy, J. A., Lee, R. K. & Simon, T. R. (2001). Interviewing suicide "decedents". A fourth strategy for risk factor assessment. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32* (Supplement to I), 3–6.

O'Connor, R. C. (2011a). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32* (6), 295–298.

O'Connor, R. C. (2011b). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Hrsg.), *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice* (S. 181–198). Chichester: Wiley-Blackwell.

O'Connor, R. C. & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry, 0* (Preview Issue), 27–39.

O'Connor, R. C., Platt, S. & Gordon, J. (Hrsg.). (2011). *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.

O'Keefe, D. J. (2007). Post hoc power, observed power, a priori power, retrospective power, prospective power, achieved power. Sorting out appropriate uses of statistical power analyses. *Communication Methods and Measures, 1* (4), 291–299.

Olfson, M., Weissman, M. M., Leon, A. C., Sheehan, D. V. & Farber, L. (1996). Suicidal ideation in primary care. *Journal of General Internal Medicine, 11* (8), 447–453.

Oliver, M. B. (2008). Tender affective states as predictors of entertainment preference. *Journal of Communication, 58* (1), 40–61.

Oliver, M. B. & Bartsch, A. (2010). Appreciation as audience response. Exploring entertainment gratifications beyond hedonism. *Human Communication Research, 36* (1), 53–81.

Oliver, M. B. & Raney, A. A. (2011). Entertainment as pleasurable and meaningful. Identifying hedonic and eudaimonic motivations for entertainment consumption. *Journal of Communication, 61* (5), 984–1004.

Omerov, P., Steineck, G., Runeson, B., Christensson, A., Kreicbergs, U., Pettersén, R. et al. (2013). Preparatory studies to a population-based survey of suicide-bereaved parents in Sweden. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34* (3), 200–210.

Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R. et al. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A). Development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology, 54,* 1063–1078.

Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Osman, J. R., Besett, T. & Linehan, M. M. (1996). The brief Reasons for Living Inventory for adolescents (BRFL-A). *Journal of Abnormal Child Psychology, 24* (4), 433–443.

Pacini, R., Muir, F. & Epstein, S. (1998). Depressive realism from the perspective of cognitive-experiential self-theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (4), 1056–1068.

Park, C. L. & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology, 1* (2), 115–144.

Park, S., Hong, K.-E. M., Park, E. J., Ha, K. S. & Yoo, H. J. (2013). The association between problematic internet use and depression, suicidal ideation and bipolar disorder symptoms in Korean adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47* (2), 153–159.

Park, S.-Y. (2005). The influence of presumed media influence on women's desire to be thin. *Communication Research, 32* (5), 594–614.

Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R. B. & Reynolds, S. (2000). *Stimmungen. Struktur, Dynamik und Beeinflussungsmöglichkeiten eines psychologischen Phänomens*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Paul, B., Salwen, M. B. & Dupagne, M. (2000). The third-person effect. A meta-analysis of the perceptual hypothesis. *Mass Communication & Society, 3* (1), 57–85.

Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108* (s418), 61–66.

Paykel, E. S., Brugha, T. & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15* (4), 411–423.

Peiser, W. (2009). Allgemeine Vorstellungen über Medienwirkungen. In C. Holtz-Bacha, G. Reus & L. B. Becker (Hrsg.), *Wissenschaft mit Wirkung. Beiträge zu Journalismus- und Medienwirkungsforschung* (S. 143–159). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Peiser, W. (2012). Faktoren der Nutzung von gedruckten Tageszeitungen und Online-Nachrichtenangeboten. In N. Springer, J. Raabe, H. Haas & W. Eichhorn (Hrsg.), *Medien und Journalismus im 21. Jahrhundert* (S. 507–525). Konstanz: UVK.

Pellegrini, E. (1996). Der Selbstmord in der Boulevardpresse. Berichterstattung und mögliche Konsequenzen. Das Phänomen der Folgesuizide. *Publizistik, 41* (3), 298–309.

Perloff, R. M. (1993). Third-person effect research 1983-1992. A review and synthesis. *International Journal of Public Opinion Research, 5* (2), 167–184.

Perloff, R. M., Quarles, R. C. & Drutz, M. (1983). Loneliness, depression and the uses of television. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 60* (2), 352–356.

Perse, E. M. (2008). Strenght of media effects. In W. Donsbach (Hrsg.), *International encyclopedia of communication online.* Malden, MA: Wiley.

Peter, J. & Valkenburg, P. M. (2012). Do questions about watching internet pornography make people watch internet pornography? A comparison between adolescents and adults. *International Journal of Public Opinion Research, 24* (3), 400–410.

Pettit, J. W., Temple, S. R., Norton, P. J., Yaroslavsky, I., Grover, K. E., Morgan, S. T. et al. (2009). Thought suppression and suicidal ideation. Preliminary evidence in support of a robust association. *Depression and Anxiety, 26* (8), 758–763.

Peytchev, A. & Neely, B. (2013). RDD telephone surveys. Toward a single-frame cell-phone design. *Public Opinion Quarterly, 77* (1), 283–304.

Phillips, D. P. (1974). The influence of suggestion on suicide. Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review, 39,* 340–354.

Phillips, D. P. (1982). The impact of fictional television stories on U.S. adult fatalities. New evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology, 87* (6), 1340–1359.

Phillips, D. P. (1989). Recent advances in suicidology. The study of imitative suicide. In R. F. W. Diekstra, R. W. Maris, S. Platt, A. Schmidtke & G. Sonneck (Hrsg.), *Suicide and its prevention. The role of attitude and imitation* (S. 299–312). Leiden: Brill.

Phillips, D. P. & Bollen, K. A. (1985). Same time, last year. Selective data dredging for negative findings. *American Sociological Review, 50* (3), 364–371.

Phillips, D. P. & Carstensen, L. L. (1986). Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *New England Journal of Medicine, 315* (11), 685–689.

Phillips, D. P. & Lesyna, K. (1995). Suicide and the media. Research and policy implications. In R. F. W. Diekstra, W. Gulbinat, I. Kienhorst & D. De Leo (Hrsg.), *Prevention strategies on suicide* (S. 231–261). New York: E. J. Brill.

Philo, G., Secker, J., Platt, S., Henderson, L., McLaughlin, G. & Burnside, J. (1994). The impact of the mass media on public images of mental illness: media content and audience belief. *Health Education Journal, 53* (3), 271–281.

Pirelli, G. & Jeglic, E. L. (2009). The influence of death exposure on suicidal thoughts and behaviors. *Archives of Suicide Research, 13* (2), 136–146.

Pirkis, J. E. & Blood, R. W. (2001a). Suicide and the media. Part I: Reportage in nonfictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22* (4), 146–154.

Pirkis, J. E. & Blood, R. W. (2001b). Suicide and the media. Part II: Portrayal in fictional media. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22* (4), 155–162.

Pirkis, J. E. & Blood, R. W. (2010a). *Suicide and the entertainment media. A critical review*. Verfügbar unter http://himh.clients.squiz.net/__data/assets/pdf_file/0005/6494/Suicide-and-the-entertainment-media.pdf

Pirkis, J. E. & Blood, R. W. (2010b). *Suicide and the news and information media. A critical review*. Zugriff am 10.12.2012. Verfügbar unter http://himh.clients.squiz.net/__data/assets/pdf_file/0016/5164/Pirkis-and-Blood-2010,-Suicide-and-the-news-and-information-media.pdf

Pirkis, J. E., Blood, R. W., Beautrais, A., Burgess, P. M. & Skehan, J. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 27* (2), 82–87.

Pirkis, J. E., Burgess, P., Blood, R. W. & Francis, C. (2007). The newsworthiness of suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (3), 278–283.

Pirkis, J. E., Burgess, P. M., Francis, C., Blood, R. W. & Jolley, D. J. (2006). The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Social Science & Medicine, 62* (11), 2874–2886.

Pirkis, J. E., Dare, A., Blood, R. W., Rankin, B., Williamson, M., Burgess, P. et al. (2009). Changes in media reporting of suicide in Australia between 2000/01 and 2006/07. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 30* (1), 25–33.

Pirkis, J. E. & Machlin, A. (2013). Differing perspectives on what is important in media reporting of suicide. *The British Journal of Psychiatry, 203* (3), 168–169.

Pirkis, J. E. & Nordentoft, M. (2011). Media influences on suicide and attempted suicide. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Hrsg.), *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice* (S. 531–544). Chichester: Wiley-Blackwell.

Pitman, A., Krysinska, K., Osborn, D. & King, M. (2012). Suicide in young men. *The Lancet, 379* (9834), 2383–2392.

Pitman, A., Osborn, D., King, M. & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *Lancet Psychiatry, 0* (Preview Issue), 40–48.

Platt, S. (1987). The aftermath of Angie's overdose. Is soap (opera) damaging to your health? *BMJ, 294* (6577), 954–957.

Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Huber.

Pollock, L. R. & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological Medicine, 34* (1), 163–167.

Pössel, P. (2009). Depression/Suizidalität. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 663–687). Heidelberg: Springer.

Pössel, P. & Knopf, K. (2011). Bridging the gaps. An attempt to integrate three major cognitive depression models. *Cognitive Therapy and Research, 35* (4), 342–358.

Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 149* (8), 999–1010.

Potter, F. (1988). Survey of procedures to control extreme sampling weights. *Proceedings of the Survey Research Methods Section,* 453–458. Verfügbar unter http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1988_083.pdf

Potter, F. (1990). A study of procedures to identify and trim extreme sampling weights. *Proceedings of the Survey Research Methods Section,* 225–230. Verfügbar unter http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1990_034.pdf

Potter, F. (1993). The effect of weight trimming on nonlinear survey estimates. *Proceedings of the Survey Research Methods Section,* 758–763. Verfügbar unter http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1993_127.pdf

Potter, W. J. (2012). *Media effects*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Potts, R. & Sanchez, D. (1994). Television viewing and depression. No news is good news. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 38* (1), 79–90.

Pouliot, L., Mishara, B. L. & Labelle, R. (2011). The Werther effect reconsidered in light of psychological vulnerabilities. Results of a pilot study. *Journal of Affective Disorders, 134* (1-3), 488–496.

Pratt, T. C., Cullen, F. T., Sellers, C. S., Thomas Winfree, L., Madensen, T. D., Daigle, L. E. et al. (2010). The empirical status of social learning theory. A meta-analysis. *Justice Quarterly, 27* (6), 765–802.

Pratto, F. & John, O. P. (1991). Automatic vigilance. The attention-grabbing power of negative social information. *Journal of Personality and Social Psychology, 61* (3), 380–391.

Prentice, D. A. & Gerrig, R. J. (1999). Exploring the boundary between fiction and reality. In S. Chaiken & Y. Trope (Hrsg.), *Dual-process theories in social psychology* (S. 529–546). New York: Guilford.

Primack, B. A., Silk, J. S., DeLozier, C. R., Shadel, W. G., Dillman Carpentier, F. R., Dahl, R. E. et al. (2011). Using ecological momentary assessment to determine media use by individuals with and without major depressive disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 165* (4).

Primack, B. A., Swanier, B., Georgiopoulos, A. M., Land, S. R. & Fine, M. J. (2009). Association between media use in adolescence and depression in young adulthood. *Archives of General Psychiatry, 66* (2), 181.

Prior, T. I. (2004). Suicide methods from the internet. *American Journal of Psychiatry, 161* (8), 1500–1501.

Queinec, R., Beitz, C., Contrand, B., Jougla, E., Leffondré, K., Lagarde, E. et al. (2011). Research Letter. Copycat effect after celebrity suicides: results from the French national death register. *Psychological Medicine, 41* (3), 668–671.

Quirk, R. & Campbell, M. (2014). On standby? A comparison of online and offline witnesses to bullying and their bystander behaviour. *Educational Psychology* (advance online publication).

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1* (3), 385–401.

Rajagopal, S. (2004). Suicide pacts and the internet. *BMJ, 329* (7478), 1298–1299.

Range, L. M. & Knott, E. C. (1997). 20 suicide assessment instruments. Evaluation and recommendations. *Death Studies, 21* (1), 25–58.

Rapaport, M. H., Judd, L. L., Schettler, P. J., Yonkers, K. A., Thase, M. E., Kupfer, D. J. et al. (2005). A descriptive analysis of minor depression. *Focus, 3* (1), 98–105.

Reavley, N. J. & Jorm, A. F. (2014). Associations between beliefs about the causes of mental disorders and stigmatising attitudes. Results of a national survey of the Australian public. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*.

Recupero, P. R., Harms, S. E. & Noble, J. M. (2008). Googling Suicide. Surfing for suicide information on the Internet. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69* (6), 878–888.

Reich, D. A. & Weary, G. (1998). Depressives' future-event schemas and the social inference process. *Journal of Personality and Social Psychology, 74* (5), 1133–1145.

Reinemann, C. & Huismann, J. (2007). Beziehen sich Medien immer mehr auf Medien? Dimensionen, Belege, Erklärungen. *Publizistik, 52,* 465–484.

Reinemann, C. & Scherr, S. (2011). Der Werther-Defekt. Plädoyer für einen neuen Blick auf den Zusammenhang von suizidalem Verhalten und Medien. *Publizistik, 56* (1), 89–94.

Reinemann, C., Stanyer, J., Scherr, S. & Legnante, G. (2012). Hard and soft news. A review of concepts, operationalizations and key findings. *Journalism, 13* (2), 221–239.

Rice, R. E. & Atkin, C. K. (2009). Public communication campaigns. Theoretical principles and practical applications. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 436–468). New York: Lawrence Erlbaum.

Richards, T. N., Gillespie, L. K. & Smith, M. D. (2013). An examination of the media portrayal of femicide-suicides. An exploratory frame analysis. *Feminist Criminology*.

Richter, G. (2000). Depression und Persönlichkeit - Konzepte und Ergebnisse. *Psychotherapie, 5* (1), 54–69.

Ridder, C.-M. & Engel, B. (2010). Massenkommunikation 2010. Mediennutzung im Intermediavergleich. *Media Perspektiven* (11), 523–536.

Riddle, K. (2010). Always on my mind. Exploring how frequent, recent, and vivid television portrayals are used in the formation of social reality judgments. *Media Psychology, 13* (2), 155–179.

Rihmer, Z. (2011). Depression and suicidal behaviour. In R. C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Hrsg.), *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice* (S. 59–73). Chichester: Wiley-Blackwell.

Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Wien: Mandrich.

Ringel, E. (1997). Stellungnahme zum Film "Tod eines Schülers". *Suizidprophylaxe, 2,* 57–61.

Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression. A comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 30* (1), 58–66.

Robinson, J. P. & Martin, S. (2008). What do happy people do? *Social Indicators Research, 89* (3), 565–571.

Robinson, W. S. (1950). Ecological correlations and the behavior of individuals. *American Sociological Review, 15* (3), 351–357.

Roloff, E. K. (2010). Das schwierige Forschen nach dem Werther-Effekt. Zu Alice Ruddigkeits Beitrag „Der umgekehrte Werther-Effekt" (Publizistik, 55. Jg. 2010, S. 253–273). *Publizistik, 55* (4), 427–430.

Romer, D., Jamieson, K. H. & Pasek, J. (2009). Building social capital in young people. The role of mass media and life outlook. *Political Communication, 26* (1), 65–83.

Romer, D., Jamieson, P. E. & Jamieson, K. H. (2006). Are news reports of suicide contagious? A stringent test in six U.S. cities. *Journal of Communication, 56,* 253–270.

Roseman, I. J. & Smith, C. A. (2001). Appraisal theory. Overview, assumptions, varieties, controversies. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Hrsg.), *Appraisal processes in emotion. Theory, methods, research* (S. 3–19). New York: Oxford University Press.

Rosenberg, E. L. (1998). Levels of analysis and the organization of affect. *Review of General Psychology, 2* (3), 247–270.

Rosengren, K. E. (1996). Inhaltliche und formale Modelle in der Forschung über individuelle Mediennutzung - Content-based and formal models in research on individual utilization of media. In U. Hasebrink & F. Krotz (Hrsg.), *Die Zuschauer als Fernsehregisseure? Zum Verstandnis individueller Nutzungs- und Rezeptionsmuster* (S. 13–36). Baden-Baden: Nomos.

Rosenquist, J. N., Fowler, J. H. & Christakis, N. A. (2010). Social network determinants of depression. *Molecular Psychiatry, 16* (3), 273–281.

Roskos-Ewoldsen, D. R., Klinger, M. R. & Roskos-Ewoldsen, B. (2007). Media priming. A meta-analysis. In R. W. Preiss, B. M. Gayle, N. Burrell, M. Allen & J. Bryant (Hrsg.), *Mass media effects research. Advances through meta-analysis* (S. 53–80). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Roskos-Ewoldsen, D. R., Roskos-Ewoldsen, B. & Dillman Carpentier, F. R. (2009). Media priming. An updated synthesis. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 74–93). New York: Lawrence Erlbaum.

Rössler, P. (2011). *Skalenhandbuch Kommunikationswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rossmann, C. (2011). *Theory of reasoned action - theory of planned behavior*. Baden-Baden: Nomos.

Rottenberg, J. (2005). Mood and emotion in major depression. *Current Directions in Psychological Science, 14* (3), 167–170.

Rowe, C. A., Walker, K. L., Britton, P. C. & Hirsch, J. K. (2013). The relationship between negative life events and suicidal behavior. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34* (4), 233–241.

Rubin, A. M. (2009). Uses-and-gratifications perspective on media effects. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 165–184). New York: Lawrence Erlbaum.

Rubin, A. M., Perse, E. M. & Powell, R. A. (1985). Loneliness, parasocial interaction, and local television news viewing. *Communication Research, 12* (2), 155–180.

Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory. A cognitive approach to understanding the process of acute and chronic suicide risk. In T. E. Ellis (Hrsg.), *Cognition and suicide. Theory, research, and therapy* (S. 355–368). Washington, D.C.: APA.

Rudd, M. D., Trotter, David R. M. & Williams, B. (2009). Psychological theories of suicidal behaviour. In D. Wasserman & C. Wasserman (Hrsg.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective* (S. 159–164). Oxford: University Press.

Ruddigkeit, A. (2010). Der umgekehrte Werther-Effekt. Eine quasi-experimentelle Untersuchung von Suizidberichterstattung und deutscher Suizidrate. *Publizistik, 55* (3), 253–273.

Ruddigkeit, A. (2011). Forschung zum Werther-Effekt. *Publizistik, 56* (1), 85–87.

Ruder, T. D., Hatch, G. M., Ampanozi, G., Thali, M. J. & Fischer, N. (2011). Suicide announcement on facebook. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 32* (5), 280–282.

Rugulies, R., Aust, B., Madsen, I. E. H., Burr, H., Siegrist, J. & Bultmann, U. (2013). Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? *The European Journal of Public Health, 23* (3), 415–420.

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma. Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry, 20* (8), 529–539.

Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale:. Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology, 39* (3), 472–480.

Sacco, W. P. & Vaughan, C. A. (2006). Depression and the resposne of others. A social-cognitive interpersonal process model. In T. E. Joiner, J. S. Brown & J. Kistner (Hrsg.), *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression* (S. 101–132). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Sakinofsky, I. (2007). Treating suicidality in depressive illness. Part I: Current controversies. *The Canadian Journal of Psychiatry, 52* (6 - Supplement 1), 71S-84S.

Sanders, C. E., Field, T. M., Diego, M. & Kaplan, M. (2000). The relationship of Internet use to depression and social isolation among adolescents. *Adolescence, 35* (138), 237–242.

Santor, D. A., Zuroff, D. C., Ramsay, J. O., Cervantes, P. & et al. (1995). Examining scale discriminability in the BDI and CES-D as a function of depressive severity. *Psychological Assessment, 7* (2), 131–139.

Sargent, J. D., Worth, K. A., Beach, M., Gerrard, M. & Heatherton, T. F. (2008). Population-based assessment of exposure to risk behaviors in motion pictures. *Communication Methods and Measures, 2* (1-2), 134–151.

Sauer, S., Ziegler, M. & Schmitt, M. (2013). Rasch analysis of a simplified Beck Depression Inventory. *Personality and Individual Differences, 54* (4), 530–535.

Schäfer, M. & Quiring, O. (2013a). Gibt es Hinweise auf einen „Enke-Effekt"? Die Presseberichterstattung über den Suizid von Robert Enke und die Entwicklung der Suizidzahlen in Deutschland. *Publizistik, 58* (2), 141–160.

Schäfer, M. & Quiring, O. (2013b). Vorbild auch im Tod? Neue Hinweise auf einen Werther-Effekt nach Prominentensuiziden. *Suizidprophylaxe, 40* (2), 66–74.

Scherer, K. R. (2001). Appraisal considered as a process of multilevel sequential checking. In K. R. Scherer, A. Schorr & T. Johnstone (Hrsg.), *Appraisal processes in emotion. Theory, methods, research* (S. 92–120). New York: Oxford University Press.

Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information, 44* (4), 695–729.

Scherr, S. & Steinleitner, A. (2015). Zwischen dem Werther- und Papageno-Effekt. *Der Nervenarzt*.

Scherr, S. (2013). Medien und Suizide. Überblick über die kommunikationswissenschaftliche Forschung zum Werther-Effekt. *Suizidprophylaxe, 40* (3), 96–107.

Scherr, S. & Reinemann, C. (2011). Belief in a Werther effect. Third-person effects in the perceptions of suicide risk for others and the moderating role of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41* (6), 624–634.

Scherr, S. & Reinemann, C. (2014). EPA-0404 – Correlation and causality between the use of online health forums and suicidality. Evidence from a German representative survey and a large-scale online panel survey. *European Psychiatry, 29* (S1).

Scheufele, B. (2008). Das Erklärungsdilemma der Medienwirkungsforschung. Eine Logik zur theoretischen und methodischen Modellierung von Medienwirkungen auf die Meso- und Makro-Ebene. *Publizistik, 53* (3), 339–361.

Schmidt, S., Petermann, F., Beutel, M. E. & Brähler, E. (2011). Psychisches Befinden, Beschwerden und Belastungen. Ergebnisse einer repräsentativen Studie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 59* (2), 155–165.

Schmidt-Atzert, L. (1996). *Lehrbuch der Emotionspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D. & Kerkhof, A. J. F. M. (Hrsg.). (2004). *Suicidal behavior in Europe. Results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behavior*. Göttingen: Hogrefe.

Schmidtke, A. & Häfner, H. (1986). Die Vermittlung von Selbstmordmotivation und Selbstmordhandlung durch fiktive Modelle. Die Folgen der Fernsehserie "Tod eines Schülers". *Der Nervenarzt, 57,* 502–510.

Schmidtke, A., Löhr, C. & De Leo, D. (2004). Imitation of suicidal behaviour. In D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. J. F. M. Kerkhof & A. Schmidtke (Hrsg.), *Suicidal behaviour. Theories and research findings* (S. 209–218). Göttingen: Hogrefe.

Schmidtke, A. & Schaller, S. (2000). The role of mass media in suicide prevention. In K. Hawton & C. van Heeringen (Hrsg.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (S. 675–697). Chichester: Wiley.

Schmidtke, A. & Schaller, S. (2009). Suizidalität. In S. Schneider & J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 175–186). Heidelberg: Springer.

Schmidtke, A., Schaller, S. & Kruse, A. (2003). Ansteckungsphänomene bei den neuen Medien. Fördert das Internet Doppelsuizide und Suizidcluster? In E. Etzersdorfer, G. Fiedler & M. Witte (Hrsg.), *Neue Medien und Suizidalität* (S. 150–166). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmitt, M., Altstötter-Gleich, C., Hinz, A., Maes, J. & Brähler, E. (2006). Normwerte für das Vereinfachte Beck-Depressions-Inventar (BDI-V) in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica, 52* (2), 51–59.

Schmitt, M., Hübner, A. & Maes, J. (2010). Validierung des Vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V) an Fremdeinschätzungen. *Diagnostica, 56* (3), 125–132.

Schmitt, M. & Maes, J. (2000). Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica, 46* (1), 38–46.

Schmitt, N. (1996). Uses and abuses of coefficient alpha. *Psychological Assessment, 8* (4), 350–353.

Schnell, R. (1991). Wer ist das Volk? Zur faktischen Grundgesamtheit bei "allgmeinen Bevölkerungsumfragen": Undercoverage, Schwererreichbare und Nichtbefragbare. *Kölner Zeitschrift für Sozialpsychologie, 43* (1), 106–137.

Scholz, B., Crabb, S. & Wittert, G. A. (2014). "We've got to break down the shame". Portrayals of men's depression. *Qualitative Health Research.*

Schomerus, G. (2010). Das Stigma psychischer Krankheit. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58* (4), 253–255.

Schotte, D. E. & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (1), 49–54.

Schramm, H. & Wirth, W. (2008). A case for an integrative view on affect regulation through media usage. *Communications: The European Journal of Communication Research, 33* (1), 27–46.

Schulz, W. (1990). Fernseh-Paranoia und andere psychische Auffälligkeiten. Langzeitwirkung des Fernsehens? In M. Kunczik & U. Weber (Hrsg.), *Fernsehen. Aspekte eines Mediums* (S. 112–120). Köln: Böhlau.

Schwartz, O. S., Sheeber, L. B., Dudgeon, P. & Allen, N. B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical Psychology Review, 32* (6), 447–453.

Schweiger, W. (2007). *Theorien der Mediennutzung. Eine Einführung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schwerdtfeger, A. & Rosenkaimer, A.-K. (2011). Depressive symptoms and attenuated physiological reactivity to laboratory stressors. *Biological Psychology, 87* (3), 430–438.

Sebena, R., El Ansari, W., Stock, C., Orosova, O. & Mikolajczyk, R. T. (2012). Are perceived stress, depressive symptoms and religiosity associated with alcohol consumption? A survey of freshmen university students across five European countries. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 7* (21), 1–10. Verfügbar unter http://www.substanceabusepolicy.com/content/7/1/21

Segrin, C. (1990). A meta-analytic review of social skill deficits in depression. *Communication Monographs, 57* (4), 292–308.

Selfhout, M. H., Branje, S. J., Delsing, M., ter Bogt, T. F. & Meeus, W. H. (2009). Different types of internet use, depression, and social anxiety. The role of perceived friendship quality. *Journal of Adolescence, 32* (4), 819–833.

Seligman, M. E. P. (1995). *Erlernte Hilflosigkeit* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Seligman, M. E. P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M. et al. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97* (1), 13–18.

Shebl, F., Poppell, C. F., Zhan, M., Dwyer, D. M., Hopkins, A. B., Groves, C. et al. (2009). Measuring health behaviors and landline telephones. Potential coverage bias in a low-income, rural population. *Public Health Reports, 124* (4), 495–502.

Shepherd, R.-M. & Edelmann, R. J. (2005). Reasons for internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences, 39* (5), 949–958.

Shneidman, E. (1996). *The suicidal mind.* New York: Oxford University Press.

Shneidman, E. (2008). *A commonsense book of death. Reflections at ninety of a lifelong thanatologist.* Plymouth, UK: Rowman & Littlefield.

Shrum, L. J., Lee, J., Burroughs, J. E. & Rindfleisch, A. (2011). An online process model of second-order cultivation effects. How television cultivates materialism and its consequences for life satisfaction. *Human Communication Research, 37* (1), 34–57.

Siemer, M. (2005). Mood-congruent cognitions constitute mood experience. *Emotion, 5* (3), 296–308.

Siemiatycki, J. (1979). A comparison of mail, telephone, and home interview strategies for household health surveys. *American Journal of Public Health, 69* (3), 238–245.

Signorielli, N. (1989). The stigma of mental illness on television. *Journal of Broadcasting & Electronic Media, 33* (3), 325–331.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of Babel. A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (3), 248–263.

Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of Babel. A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (3), 264–277.

Simkin, S., Hawton, K., Whitehead, L., Fagg, J. & Eagle, M. (1995). Media influence on parasuicide. A study of the effects of a television drama portrayal of paracetamol self-poisoning. *The British Journal of Psychiatry, 167* (6), 754–759.

Singer, M. I., Slovak, K., Frierson, T. & York, P. (1998). Viewing preferences, symptoms of psychological trauma, and violent behaviors among children who watch television. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37* (10), 1041–1048.

Sisask, M. & Värnik, A. (2012). Media roles in suicide prevention. A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 9* (1), 123–138.

Skehan, J., Burns, L. S. & Hazell, T. (2009). The response ability project. Integrating the reporting of suicide and mental illness into journalism curricula. *Journalism & Mass Communication Educator, 64* (2), 191–204.

Skehan, J., Maple, M., Fisher, J. & Sharrock, G. (2013). Suicide bereavement and the media. A qualitative study. *Advances in Mental Health, 11* (3), 223–237.

Slopen, N. B., Watson, A. C., Gracia, G. & Corrigan, P. W. (2007). Age analysis of newspaper coverage of mental illness. *Journal of Health Communication, 12* (1), 3–15.

Smith, P., Poindexter, E. & Cukrowicz, K. (2010). The effect of participating in suicide research. Does participating in a research protocol on suicide and psychiatric symptoms increase suicide ideation and attempts? *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40* (6), 535–543.

Sonneck, G., Etzersdorfer, E. & Nagel-Kuess, S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Science & Medicine, 38* (3), 453–457.

Sowislo, J. F. & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139* (1), 213–240.

Sparks, G. G., Sparks, C. W. & Sparks, E. A. (2009). Media violence. In J. Bryant & M. B. Oliver (Hrsg.), *Media effects. Advances in theory and research* (3. Aufl., S. 269–286). New York: Lawrence Erlbaum.

Sparrow, N. & Curtice, J. (2004). Measuring the attitudes of the general public via internet polls. An evaluation. *International Journal of Market Research, 46* (1), 23–44.

Speckens, A. E. & Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior. A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (4), 365–387.

Spörrle, M. & Försterling, F. (2007). Which thoughts can kill a boxer? Naive theories about cognitive and emotional antecedents of suicide. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80* (4), 497–512.

Stack, S. (1987). Celebrities and suicide. A taxonomy and analysis, 1948-1983. *American Sociological Review, 52,* 401–412. Verfügbar unter http://www.jstor.org/stable/2095359

Stack, S. (1990a). Audience receptiveness, the media, and aged suicide, 1968-1980. *Journal of Aging Studies, 4* (2), 195–209.

Stack, S. (1990b). A reanalysis of the impact of non celebrity suicides. A research note. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25* (5), 269–273.

Stack, S. (1992). The effect of media on suicide. The great depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22* (2), 255–267.

Stack, S. (2000a). Media impacts on suicide. A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly, 81* (4), 957–971.

Stack, S. (2000b). Suicide. A 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 30* (2), 145–162.

Stack, S. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health, 57* (4), 238–240.

Stack, S. (2005). Suicide in the media. A quantitative review of studies based on nonfictional stories. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35* (2), 121–133.

Stack, S. (2009). Copycat effects of fictional suicide. A meta-analysis. In S. Stack & D. Lester (Hrsg.), *Suicide and the creative arts* (S. 231–243). New York: Nova.

Stack, S. & Bowman, B. (2012). *Suicide movies. Social Patterns 1900-2009*. Cambridge, MA: Hogrefe.

Stack, S., Bowman, B. & Lester, D. (2012). Suicide by cop in film and society. Dangerousness, depression, and justice. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 42* (4), 359–376.

Stack, S., Kral, M. & Borowski, T. (2014). Exposure to suicide movies and suicide attempts. A research note. *Sociological Focus, 47* (1), 61–70.

Stader, S. R. & Hokanson, J. E. (1998). Psychosocial antecedents of depressive symptoms: An evaluation using daily experiences methodology. *Journal of Abnormal Psychology, 107* (1), 17–26.

Stark, B. (2006). *Fernsehen in digitalen Medienumgelrnngen. Eine empirische Analyse des Zuschauerverhaltens*. München: Reinhard Fischer.

Statistisches Bundesamt. (2013). *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2012,* Statistisches Bundesamt: Wiesbaden. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html;jsessionid=E7443B448381187894218D2D999CA025.cae2.

Steinberg, H. (1999). Der Werther-Effekt. Historischer Ursprung und Hintergrund eines Phänomens. *Psychiatrische Praxis, 26,* 37–42.

Steinleitner, A. (2014). *Empfinden Depressive das anders? Eine Mehrmethodenstudie zum emotionalen Medienhandeln und Medienerleben Depressiver* (Masterarbeit am Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der LMU München).

Stepanikova, I., Nie, N. H. & He, X. (2010). Time on the internet at home, loneliness, and life satisfaction. Evidence from panel time-diary data. *Computers in Human Behavior, 26* (3), 329–338.

Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology. A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 128* (5), 825–848.

Stieglitz, R.-D. & Freyberger, H. J. (2009). Psychiatrische Diagnostik und Klassifikation. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (S. 41–68). München: Elsevier.

Stone, D. M. & Crosby, A. E. (2014). Suicide prevention. *American Journal of Lifestyle Medicine.*

Stoppe, G. (2008). Depressionen im Alter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 51* (4), 406–410.

Strano, M. M. (2008). User descriptions and interpretations of self-presentation through facebook profile images. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace, 2* (2). Verfügbar unter http://cyberpsychology.eu/view.php?cisloclanku=2008110402&article=1

Streiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency. When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment, 80* (3), 217–222.

Subramanian, R. (2014). Covering mental illness skehpirkis. Challenges and solutions. *Journalism Practice,* 1–17.

Sueki, H. (2013). The effect of suicide-related internet use on users' mental health. A longitudinal study. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 34* (5), 348–353.

Surette, R. (2013). Cause or catalyst. The interaction of real world and media crime models. *American Journal of Criminal Justice, 38* (3), 392–409.

Swann, W. B., Wenzlaff, R. M., Krull, D. S. & Pelham, B. W. (1992). Allure of negative feedback. Self-verification strivings among depressed persons. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (2), 293–306.

Tahlier, M., Miron, A. M. & Rauscher, F. H. (2013). Music choice as a sadness regulation strategy for resolved versus unresolved sad events. *Psychology of Music, 41* (6), 729–748.

Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Hrsg.), *The social psychology of intergroup relations* (S. 33–47). Monterey, CA: Brooks/Cole.

Tarnai, J., Moore, D. L. & Schultz, M. (2009). Characteristics of cell phone only, listed, and unlisted telephone households. *Survey Practice, 2* (7), 1–5.

Taylor, H., Krane, D. & Thomas, R. K. (2005). *Best foot forward. Social desirability in telephone vs. online surveys.* Verfügbar unter http://www.publicopinionpros.com/from_field/2005/feb/taylor

Te Wildt, B., Putzig, I., Zedler, M. & Ohlmeier, M. (2007). Internetabhängigkeit als ein Symptom depressiver Störungen. *Psychiatrische Praxis, 34* (S 3), 318–322.

Te Wildt, B. T. (2004). Psychische Wirkungen der neuen digitalen Medien. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 72* (10), 574–585.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2013). *Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunktthema: Berufstätigkeit, Ausbildung und Gesundheit.* Zugriff am 29.04.2014. Verfügbar unter http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/516416/Datei/84350/Gesundheitsreport-2013.pdf

Thallmair, A. & Rössler, P. (2001). Parasoziale Interaktion bei der Rezeption von Daily Talkshows. Eine Befragung von älteren Talk-Zuschauern. In C. Schneiderbauer (Hrsg.), *Daily Talkshows unter der Lupe. Wissenschaftliche Beiträge aus Forschung und Praxis* (S. 179–208). München: Reinhard Fischer.

Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Jonides, J. & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms. Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy, 48* (6), 459–466.

Thompson, S. (1999). The Internet and its potential influence on suicide. *Psychiatric Bulletin, 23* (8), 449–451.

Thomson, C. J., Reece, J. E. & Di Benedetto, M. (2014). The relationship between music-related mood regulation and psychopathology in young people. *Musicae Scientiae, 18* (2), 150–165.

Thorson, J. & Öberg, P.-A. (2003). Was there a suicide epidemic after Goethe´s Werther? *Archives of Suicide Research, 7,* 69–72.

Till, B. & Vitouch, P. (2012). Capital punishment in films. The impact of death penalty portrayals on viewers' mood and attitude toward capital punishment. *International Journal of Public Opinion Research, 24* (3), 387–399.

Till, B., Niederkrotenthaler, T., Herberth, A., Voracek, M., Sonneck, G. & Vitouch, P. (2011). Coping and film reception. A study on the impact of film dramas and the mediating effects of emotional modes of film reception and coping strategies. *Journal of Media Psychology, 23* (3), 149–160.

Till, B., Tran, U. S., Voracek, M., Sonneck, G., Niederkrotenthaler, T. & Brattico, E. (2014). Associations between film preferences and risk factors for suicide. An online survey. *PLOS ONE, 9* (7), e102293.

Till, B., Vitouch, P., Herberth, A., Sonneck, G. & Niederkrotenthaler, T. (2013). Personal suicidality in reception and identification with suicidal film characters. *Death Studies, 37* (4), 383–392.

Till, B., Voracek, M., Herberth, A., Strauss, M., Etzersdorfer, E., Eisenwort, B. et al. (2013). The role of interviews with health professionals in the media in suicide prevention. *Archives of Suicide Research, 17* (1), 88–89.

Tor, P. C., Ng, B. Y. & Ang, Y. G. (2008). The media and suicide. *Annals Academy of Medicine, 9* (37), 797–799.

Tourangeau, R. & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin, 133* (5), 859–883.

Tousignant, M., Mishara, B. L., Caillaud, A., Fortin, V. & St-Laurent, D. (2005). The impact of media coverage of the suicide of a well-known Quebec reporter. The case of Gaëtan Girouard. *Social Science & Medicine, 60* (9), 1919–1926.

Tricco, A. C., Tetzlaff, J., Pham, B., Brehaut, J. & Moher, D. (2009). Non-Cochrane vs. Cochrane reviews were twice as likely to have positive conclusion statements. Cross-sectional study. *Journal of Clinical Epidemiology, 62* (4), 380–386.e1.

Tsai, J.-F. (2010). The media and suicide. Evidence-based on population data over 9 years in Taiwan. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40* (1), 81–86.

Tucker, C., Brick, J. M. & Meekins, B. (2007). Household telephone service and usage patterns in the United States in 2004. Implications for telephone samples. *Public Opinion Quarterly, 71* (1), 3–22.

Uebelacker, L. A., Strong, D., Weinstock, L. M. & Miller, I. W. (2010). Likelihood of suicidality at varying levels of depression severity. A re-analysis of NESARC data. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 40* (6), 620–627.

Ueda, M., Mori, K. & Matsubayashi, T. (2014). The effects of media reports of suicides by well-known figures between 1989 and 2010 in Japan. *International Journal of Epidemiology, Advance online publication*.

Uliaszek, A. A., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G., Sutton, J. M., Griffith, J. W. et al. (2010). The role of neuroticism and extraversion in the stress–anxiety and stress–depression relationships. *Anxiety, Stress & Coping, 23* (4), 363–381.

Urban, D. & Mayerl, J. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung. Ein Ratgeber für die Praxis*. Wiesbaden: Imprint: Springer VS.

Valkenburg, P. M. & Peter, J. (2013). The differential susceptibility to media effects model. *Journal of Communication, 63* (2), 221–243.

Van Heeringen, C. & Marušič, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *The British Journal of Psychiatry, 183,* 282–284.

Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K. & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness. Construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. *Psychological Assessment, 24* (1), 197–215.

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117* (2), 575–600.

Veysey, M. J., Kamanyire, R. & Volans, G. N. (1999). Antifreeze poisonings give more insight into copycat behaviour. *BMJ, 319,* 1131.

Vitouch, P. (2007). *Fernsehen und Angstbewältigung. Zur Typologie des Zuschauerverhaltens* (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Vohs, K. D. & Baumeister, R. F. (2002). Escaping the self consumes regulatory resources. A self-regulatory model of suicide. In T. E. Joiner & M. D. Rudd (Hrsg.), *Suicide science. Expanding the boundaries* (S. 33–41). Boston: Kluwer.

Wagner, B. (2013). *Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer.

Wahl, O. E., Wood, A. & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness. Is it changing? *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6* (1), 9–31.

Ward, L. C. (2006). Comparison of factor structure models for the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment, 18* (1), 81–88.

Wasserman, I. M. (1984). Imitation and suicide. A reexamination of the Werther effect. *American Sociological Review, 49* (3), 427–436.

Watson, D. (2009). Differentiating the mood and anxiety disorders. A quadripartite model. *Annual Review of Clinical Psychology, 5* (1), 221–247.

Weary, G., Edwards, J. A. & Jacobson, J. A. (1995). Depression research in the Journal of Personality and Social Psychology. A reply. *Journal of Personality and Social Psychology, 68* (5), 885–891.

Weber, C. (2013, 21. Mai). Gesund oder psychisch krank? *Süddeutsche.de*. Zugriff am 20.07.2013. Verfügbar unter http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/neuer-diagnosekatalog-dsm-gesund-oder-psychisch-krank-1.1676865

Weiber, R. & Mühlhaus, D. (2014). *Strukturgleichungsmodellierung. Eine anwendungsorientierte Einführung in die Kausalanalyse mit Hilfe von AMOS, SmartPLS und SPSS* (2. Aufl.). Berlin: Springer Gabler.

Weimann, G. & Fishman, G. (1995). Reconstructing suicide. Reporting suicide in the Israeli press. *Journalism & Mass Communication Quarterly, 72* (3), 551–558.

Weiser, E. B. (2001). The functions of internet use and their social and psychological consequences. *CyberPsychology & Behavior, 4* (6), 723–743.

Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51* (1), 59–91.

Westerlund, M., Schaller, S. & Schmidtke, A. (2009). The role of mass-media in suicide prevention. In D. Wasserman & C. Wasserman (Hrsg.), *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. A global perspective* (S. 515–523). Oxford: University Press.

Wheeler, L. (1966). Towards a theory of behavioral contagion. *Psychological Review, 73* (2), 179–192.

WHO. (1998). *WHO (Fünf) - Fragebogen zum Wohlbefinden. [WHO-Five Well-being Index (WHO-5)],* Psychiatric Research Unit. Verfügbar unter www.psykiatri-regionh.dk/NR/rdonlyres/3F12728C-B0CD-4C50-A714-B6064159A314/0/WHO5_German.pdf

WHO. (2014). *The international classification of diseases 11th revision is due by 2015.* Verfügbar unter http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/

Wiebking, C. & Northoff, G. (2012). Selbst und Körper in der Depression. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 60* (3), 177–183.

Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H. et al. (2011). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry,* 375–381.

Wilhelm, K., Gillis, I., Schubert, E. & Whittle, E. L. (2013). On a blue note. Depressed peoples' reasons for listening to music. *Music and Medicine, 5* (2), 76–83.

Wilksch, S. M. & Wade, T. D. (2014). Depression as a moderator of benefit from Media Smart. A school-based eating disorder prevention program. *Behaviour Research and Therapy, 52,* 64–71.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C. & Duggan, D. S. (2006). The role of overgeneral memory in suicidality. In T. E. Ellis (Hrsg.), *Cognition and suicide. Theory, research, and therapy* (S. 173–192). Washington, D.C.: APA.

Williams, J. M. G., Lawton, C., Ellis, S. J., Walsh, S. & Reed, J. (1987). Copycat suicide attempts. *The Lancet, 330,* 102–103.

Winkel, S., Groen, G., Waldmann, H.-C. & Petermann, F. (2003). Suizidforen im Internet. Bedeutung einer virtuellen Lebenswelt aus Sicht der Nutzer. *merz/Medien + Erziehung, 47* (5), 115–124.

Wintjen, L. & Petermann, F. (2010). Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI–II). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 58* (3), 243–245.

Wirth, W. (2013). Grundlagen emotionaler Medienwirkungen. In W. Schweiger & A. Fahr (Hrsg.), *Handbuch Medienwirkungsforschung* (S. 227–246). Wiesbaden: Springer VS.

Wirth, W., Hofer, M. & Schramm, H. (2012). Beyond pleasure. Exploring the eudaimonic entertainment experience. *Human Communication Research, 38* (4), 406–428.

Wirth, W. & Schramm, H. (2005). Media and emotions. *Communication Research Trends, 24* (3), 3–39.

Wirth, W. & Schramm, H. (2007). Emotionen, Metaemotionen und Regulationsstrategien bei der Medienrezeption. Ein integratives Modell. In W. Wirth, H.-J. Stiehler & C. Wünsch (Hrsg.), *Dynamisch-transaktional denken. Theorie und Empirie in der Kommunikationswissenschaft* (S. 153–184). Köln: Halem.

Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Was ist Klinische Psychologie? Definitionen, Konzepte und Modelle. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2. Aufl., S. 3–25). Berlin: Springer.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology, 21* (9), 655–679.

Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe. A critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology, 15* (4), 357–376.

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bd. 51). Berlin: Robert Koch-Institut.

Wittchen, H.-U. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany. The Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 17* (S1), S1–S11.

Wolfersdorf, M. (2008a). Suizidalität. *Der Nervenarzt, 79,* 1319–1336.

Wolfersdorf, M. (2008b). Suizidalität. Begriffsbestimmung, Formen und Diagnostik. In M. Wolfersdorf, T. Bronisch & H. Wedler (Hrsg.), *Suizidalität. Verstehen - Vorbeugen - Behandeln* (S. 11–43). Regensburg: S. Roderer.

Wolfersdorf, M. & Franke, C. (2006). Suizidalität - Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie, 74* (7), 400–419.

Wolfersdorf, M. (2006). Suizidalität. In G. Stoppe, A. Bramesfeld & F. W. Schwartz (Hrsg.), *Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven* (S. 287–301). Heidelberg: Springer Medizin.

Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.

Wood, J. V., Taylor, S. E. & Lichtman, R. R. (1985). Social comparison in adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 49* (5), 1169–1183.

Wright, K. B., Rosenberg, J., Egbert, N., Ploeger, N. A., Bernard, D. R. & King, S. (2013). Communication competence, social support, and depression among college students. A model of facebook and face-to-face support network influence. *Journal of Health Communication, 18* (1), 41–57.

Wyer, R. S., Clore, G. L. & Isbell, L. M. (1999). Affect and information processing. *Advances in Experimental Social Psychology, 31,* 1–77.

Yang, A. C., Tsai, S.-J., Yang, C.-H., Shia, B.-C., Fuh, J.-L., Wang, S.-J. et al. (2013). Suicide and media reporting. A longitudinal and spatial analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48* (3), 427–435.

Yang, B. & Clum, G. A. (1994). Life stress, social support, and problem-solving skills predictive of depressive symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population. A test of a model. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 24* (2), 127–139.

Ybarra, M. L., Alexander, C. & Mitchell, K. J. (2005). Depressive symptomatology, youth internet use, and online interactions. A national survey. *Journal of Adolescent Health, 36* (1), 9–18.

Yeager, D. S., Krosnick, J. A., Chang, L., Javitz, H. S., Levendusky, M. S., Simpser, A. et al. (2011). Comparing the accuracy of RDD telephone surveys and internet surveys conducted with probability and non-probability samples. *Public Opinion Quarterly, 75* (4), 709–747.

Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S.-S., Wu, K. C.-C. & Chen, Y.-Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *The Lancet, 379* (9834), 2393–2399.

Yip, P. S. F., Fu, K.-W., Yang, K. C. T., Ip, B. Y. T., Chan, C. L. W., Chen, E. Y. H. et al. (2006). The effects of a celebrity suicide on suicide rates in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders, 93,* 245–252.

Yip, P. S. F., Kwok, S. S. M., Chen, F., Xu, X. & Chen, Y.-Y. (2013). A study on the mutual causation of suicide reporting and suicide incidences. *Journal of Affective Disorders, 148* (1), 98–103.

Yoshioka, E., Hanley, S. J. B., Kawanishi, Y. & Saijo, Y. (2014). Epidemic of charcoal burning suicide in Japan. *The British Journal of Psychiatry, 204,* 274–282.

Young, K. S. & Rogers, R. C. (1998). The relationship between depression and internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 1* (1), 25–28.

Yuan, K.-H. & Bentler, P. M. (1998). Normal theory based test statistics in structural equation modelling. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology, 51* (2), 289–309.

Zenere, F. J. (2009). Suicide clusters and contagion. Recognizing and addressing suicide contagion are essential to successful suicide postvention efforts. *Principal Leadership, 10* (2), 12–16.

Zich, J. M., Attkisson, C. C. & Greenfield, T. K. (1990). Screening for depression in primary care clinics. The CES-D and the BDI. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 20* (3), 259–277.

Ziegler, W. & Hegerl, U. (2002). Der Werther-Effekt. Bedeutung, Mechanismen, Konsequenzen. *Der Nervenarzt, 73* (1), 41–49.

Zillmann, D. (1988a). Mood management through communication choices. *American Behavioral Scientist, 31,* 327–340.

Zillmann, D. (1988b). Mood management. Using entertainment to full advantage. In L. A. Donohew, H. E. Sypher & E. T. Higgins (Hrsg.), *Communication, social cognition, and affect* (S. 147–172). Hillsdale, NJ: Sage.

Zillmann, D. (2000). Mood management in the context of selective exposure theory. In M. E. Roloff (Hrsg.), *Communication Yearbook 23* (S. 103–123). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zillmann, D. & Brosius, H.-B. (2000). *Exemplification in communication. The influence of case reports on the perception of issues*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Zillmann, D. & Bryant, J. (1985). Affect, mood, and emotion as determinants of selective exposure. In D. Zillmann & J. Bryant (Hrsg.), *Selective exposure to communication* (S. 157–190). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Zillmann, D., Knobloch, S. & Yu, H.-s. (2001). Effects of photographs on the selective reading of news reports. *Media Psychology, 3* (4), 301–324.

Zimmer-Albert, C. & Pogatzki-Zahn, E. (2011). Schmerz und Geschlecht. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen - Diagnostik - Krankheitsbilder - Behandlung*. Mit 112 Abbildungen (7., vollst. aktualisierte und überarb. Aufl, S. 225–241). Berlin: Springer.

Zimmerman, M., Lish, J. D., Lush, D. T., Farber, N. J., Plescia, G. & Kuzma, M. A. (1995). Suicidal ideation among urban medical outpatients. *Journal of General Internal Medicine, 10* (10), 573–576.

Zimmermann, P., Brückl, T., Lieb, R., Nocon, A., Ising, M., Beesdo, K. et al. (2008). The interplay of familial depression liability and adverse events in predicting the first onset of depression during a 10-Year follow-up. *Biological Psychiatry, 63* (4), 406–414.